FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1924

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Roger GÉANT

Ancien Externe des Hôpitaux
Né, à Belfort, le 21 février 1898

FONCTIONNEMENT

DE LA

Maternité Baudelocque

Clinique obstétricale de la Faculté de Médecine, dirigée par le Professeur A. Couvelaire (Année 1923)

Président : M. COUVELAIRE, *Professeur*

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1924

LE DOYEN. . . . . M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE
Anatomie pathologique	LETULLE.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	GILBERT. CHAUFFARD. ACHARD. WIDAL
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS GOSSET.
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique urologique	LEGUEU
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	BROCA Auguste.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale
AUBERTIN	Pathologie médicale
BASSET	Pathologie chirurgicale
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIERE	Chimie biologique.
BRANCA	Histologie.
BRULÉ	Pathologie médicale.
BUSQUET	Pharmacologie et matière médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale
CHAMPY	Histologie.
CHIRAY	Pathologie médicale
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène
I. de JONG	Anatomie pathologique.
DUVOIR	Médecine légale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FIESSINGER	Pathologie médicale
FOIX	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
HARVIER	Pathologie médicale
HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
JOYEUX	Parasitologie.

MM.	
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER	Obstétrique.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEMIERRE	Pathologie médicale.
LÉVY SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
METZGER	Obstétrique.
MOCQUOT	Pathologie chirurgicale.
MONDOR	Pathologie chirurgicale
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie
PHILIBERT	Bactériologie.
RIBIERRE	Pathologie médicale.
RICHET Fils	Physiologie.
ROUVIÈRE	Anatomie.
STROHL	Physique médicale.
TANON	Pathologie médicale.
TIFFENEAU	Pharmacologie et matière médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VERNE	Histologie.
VILLARET	Pathologie médicale.
WELTER	Ophtalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
CAMUS	Physiologie.
GOUGEROT	Pathologie médicale.
GUÉNIOT	Obstétrique.

MM.	
RETTERER	Histologie.
ROUSSY	Anatomie pathologique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.	
AUVRAY. . . .	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU. . . .	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE. .	Clinique médicale.
LEREBOULLET. .	Clinique médicale infantile.
LÉRI.	Clinique médicale.
LŒPER.	Clinique médicale.
OMBRÉDANNE. .	Clinique chirurgicale infantile.
PROUST	Clinique chirurgicale.
RATHERY	Clinique médicale.
SCHWARTZ . . .	Clinique chirurgicale.
TERRIEN.	Clinique ophtalmologique.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé. . . .	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.	Stomatologie.
N...	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A TOUS LES MIENS

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THÈSE

M. le Professeur A. COUVELAIRE

Professeur de clinique obstétricale
a la Faculté de Médecine

Officier de la Légion d'Honneur

Hommage de gratitude et de respect.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

(*Stage et Externat*)

M. le Docteur GAUDERON et M. le Docteur CHAPPOY

professeurs a l'Ecole préparatoire de Besançon

M. le Professeur HARTMANN

M. le Professeur CHAUFFARD

M. le Professeur VAQUEZ

M. le Docteur CROUZON

M. le Docteur HUDELO

M. le Professeur DUVAL

M. le Professeur TEISSIER

M. le Professeur COUVELAIRE

A M. LE DOCTEUR CHEVASSU

Professeur agrégé
Chirurgien des Hopitaux

qui fut mon maître et mon chef aux armées.

A mon ami le Docteur Franz ADAM

Médecin-chef a l'Asile de Rouffach (Haut-Rhin)

en souvenir du 23e R. I.

A MES MAITRES ET AMIS
DE LA CLINIQUE BAUDELOCQUE

MM. les Docteurs POWILEWICZ, ancien chef le clinique; PORTES, chef de clinique; CHAMPEAU et HIDDEN, chefs de clinique adjoints; ALLARD et JOB, moniteurs.

Introduction

M. le Professeur Couvelaire a bien voulu nous charger de dresser ce tableau de l'activité de la Clinique Baudelocque en 1922.

Nous le remercions sincèrement de la confiance qu'il nous a ainsi témoignée et de l'enseignement profitable que ce travail nous a procuré.

Pour assurer l'unité du tableau d'ensemble que formeront cette statistique et les études analogues faites chaque année, nous avons suivi le plan qu'adopta l'an dernier le Docteur Job, dans sa thèse « Fonctionnement de la clinique obstétricale Baudelocque pendant l'année 1921 ».

Nous divisons donc ce travail en quatre parties :

Première partie. — Les consultations.

Deuxième partie. — Le service d'accouchement.

Troisième partie. — Le service de gynécologie.

Quatrième partie. — Le service social.

PREMIÈRE PARTIE

Les Consultations

1° Consultation des femmes en état de gestation

(tous les jours de 8 heures à 18 heures)

Consultations données	13.068
Nombre de consultantes	5.872

Femmes traitées par la consultation :

Versions	
Sièges	103
Présentations de l'épaule	67
Albuminurie	264
Fibromes	33
Pertes de sang	197

Femmes hospitalisées par la consultation :

Versions	
Sièges	23
Présentations de l'épaule	32

Albuminurie	77
Bassins rétrécis	34
Tumeurs	
Kystes	3
Fibromes	4
Pertes de sang	96
Causes diverses (Vomissements, cardiaques, tuberculeuses, etc.)	37
Femmes dirigées sur la consultation de syphilis	376

2° Consultation des mères-nourrices et des nourrissons

(Le mercredi à 9 heures, le lundi et le vendredi à 14 heures.)

Consultations données	8.260
Enfants présentés aux consultations	1.155
Enfants allaités au sein	1.170
Enfants nourris au lait de vache	84

3° Dispensaire antisyphilitique

(Le mercredi à 15 heures, le vendredi à 9 heures.)

Nombre des inscriptions nouvelles	1.078
Femmes	868
Enfants	210
Réactions sérologiques pratiquées	2.224
Ont été soumis au traitement régulier :	
Femmes	315
Enfants	207

Pères.	39
Nombre des injections intraveineuses de néo-salvarsan (adultes).....	3.680
Nombre des injections sous-cutanées de sulfarsénol (enfants).....	2.597

4° Consultation de gynécologie

(Le mardi à 9 heures, le samedi à 14 heures.)

Consultations données.	2.404
Nombre de consultantes.....	962

DEUXIÈME PARTIE

Le Service d'Accouchement

1° Clinique Baudelocque

a) Femmes reçues dans le service général.	1.672
Avortements.	56
Accouchements par les voies naturelles. (dont 37 géméllaires et 1 triple)	1.581
Opérations césariennes.	25
Hystérectomie en bloc.	1
Gestations ectopiques.	9
Mortalité maternelle totale.	20
Mortalité par infection.	7
Accouchées dans le service. 5	
Accouchées avant l'entrée dans le service. 2	
Chiffre total des naissances d'enfant... (dont 187 pesaient moins de 2.500 gr.)	1.645
Fœtus morts pendant la gestation.	45
Fœtus morts pendant l'accouchement.	66

Fœtus morts pendant leur séjour à la clinique	56
Enfants sortis vivants	1.478

b) Femmes reçues dans le service des tuberculeuses (Pavillon Tarnier)

	25
Avortement	1
Accouchements par les voies naturelles	24
Mortalité maternelle	0
Naissances d'enfants vivants	24
Enfants morts dans le premier mois	6
Enfants sortis vivants	18

2° Service des sages-femmes agréées

Accouchements	1.074
Mortalité maternelle (infection)	2
Enfants morts pendant l'accouchement	0
Enfants morts dans les dix premiers jours	14
Enfants sortis vivants	1.060

3° Total général

Accouchements et avortements	2.761
Mortalité maternelle totale	20
Mortalité maternelle par infection	9
Enfants sortis vivants de la clinique	2.556

CHAPITRE PREMIER

Avortements

57 observations

(N^os^ 69, 91, 128, 134, 174, 189 *bis*, 255 *bis*, 284, 291, 314, 319, 429, 453 *bis*, 519, 575, 748, 756, 771, 818, 918, 939, 954, 964, 996, 1024 *bis*, 1058, 1062, 1067 *bis*, 1139, 1198, 1204, 1222, 1248, 1249, 1258, 1264, 1270, 1279, 1299, 1322, 1340, 1352, 1372, 1439, 1462, 1469, 1489, 1495, 1506, 1506 *bis*, 1518, 1533, 1561, 1593, 1631, 1652, 1663.)

Il faut mettre à part deux observations où il s'agit d'avortement thérapeutique pour vomissements graves (obs. 1248 et 1270, résumées page 36).

Dans 30 observations on n'a pu déterminer la cause de l'avortement.

Dans les 25 autres cas, on a trouvé :

14 fois l'endométrite ;

7 fois la syphilis, probable (3 observations) ou confirmée par l'examen serologique (4 observations) ;

2 fois une malformation utérine (obs. 748 et 1489) ;

1 fois l'insertion basse du placenta (obs. 1533) ;

1 fois une laparotomie récente (obs. 1249).

Ces 55 avortements se produisirent :

21 fois au cours des 3 premiers mois (10 fois en un temps, 11 fois en deux temps) ;

34 fois au cours des 4e, 5e, 6e mois (6 fois en un temps, 28 fois en deux temps).

Dans 16 cas, on dut pratiquer le curage digital.

Dans 1 cas (avortement de 4 mois), il y eut infection grave, on fit une hystérectomie le 10e jour, la femme mourut le 17e jour (obs. 1495, résumée page 89).

CHAPITRE II

Rétentions de Fœtus morts

45 observations

(N^os^ 14, 30, 83, 195, 206, 261, 263, 303, 333, 369, 376, 427, 438 *bis*, 438 *ter*, 455 *bis*, 466, 490, 508, 511, 513, 523, 530, 539, 632, 643, 683, 725, 730, 871, 888, 1129, 1147, 1173, 1202, 1205, 1233, 1253, 1311, 1353, 1491, 1498, 1611, 1649, 1650, 1683.)

La syphilis est certaine dans 21 cas, probable dans 6 cas.

Trois observations concernent des femmes albuminuriques : obs. 14, obs. 888 (rétinite), obs. 1353 (néphrectomie antérieure, albuminurie avec hypertension).

Une observation concerne une femme qui mourut de fièvre typhoïde.

Dans les 14 autres cas, la cause de la rétention reste indéterminée.

Nous avons noté :

2 gestations gémellaires unichoriales (obs. 206 et 1683);

1 gestation gémellaire bichoriale (obs. 530). Dans ce dernier cas, le premier fœtus seul était macéré.

Il y eut 6 interventions opératoires :

1 basiotripsie sur tête dernière (obs. 1311, résumée page 66);

1 curage digital (obs. 1253) ;

1 délivrance artificielle (obs. 1311) ;

3 révisions utérines (obs. 725, 1205, 1683).

Les suites de couches furent fébriles dans 5 cas, normales dans tous les autres cas.

Mortalité maternelle : 1 fièvre typhoïde (observation 263, résumée à ce chapitre, page 83).

CHAPITRE III

Accouchements

1° Présentations

Sommet	1430
Siège	98
Face	11
Front	5
Epaule	10

2° Présenations anormales

a) *Présentation du siège*

98 observations

(N^{os} 6, 8, 18, 23, 41 (2), 110, 149, 153, 159, 161, 164, 192, 207, 242, 244, 253, 261, 275, 276, 283, 298, 304, 352, 354 (2), 385, 433, 443, 469, 471, 476, 529, 534 572, 585, 593, 623, 638, 639, 642, 668, 673, 692, 708, 719, 759, 767, 845, 848, 899, 926, 928, 938, 947, 956, 994, 1015, 1025, 1030, 1036, 1054, 1060, 1069, 1070, 1084, 1091, 1121, 1135 (2), 1138, 1147, 1191, 1239, 1246, 1252, 1268, 1275, 1302, 1306, 1311, 1336,

1338, 1343, 1370, 1395, 1403, 1415, 1490, 1498, 1548, 1556, 1575, 1576, 1594, 1645, 1653, 1656.)

51 primipares, 47 multipares.

Dans 58 cas, la cause de la présentation du siège n'a pas été établie. Dans 40 cas, on a trouvé comme facteurs étiologiques :

20 fois la gémellité ;
6 fois une malformation utérine;
6 fois un rétrécissement léger du bassin;
4 fois l'insertion du placenta sur le segment inférieur;
2 fois un excès de liquide;
2 fois la présence de fibrômes utérins.

Au cours de la gestation :

21 femmes, dont 14 primipares, avaient subi sans résultat, à la consultation, des tentatives de versions par manœuvres externes.

On observa 50 cas de siège décomplété, 48 cas de siège complet.

Chez 37 primipares, un ballon de Champetier de Ribes, placé à la dilatation de 5 fr., réalisa une dilatation vaginale préfœtale.

On relève :

11 grandes extractions (6 pour souffrance fœtale, 1 pour tuberculose cavitaire de la mère, 4 pour défaut de progression).

1 basiotripsie sur tête dernière (obs. 1311, résumée page 66).

Dans tous les autres cas, on se borna à pratiquer la manœuvre de Mauriceau-Pinard sur la tête dernière.

Mortalité maternelle : 0.

Mortalité infantile :

4 enfants étaient morts avant le travail (macérés);

11 enfants, nés en état de mort apparente, ne purent être ranimés;

4 moururent pendant leur séjour à la clinique.

b) *Présentation de la face*

11 observations

(Nos 87, 135, 190, 259, 262, 588, 709, 1083, 1464, 1625, 1644.)

5 primipares, 6 multipares.

Sauf chez une femme atteinte de coxalgie droite (obs. 1625), le bassin était normal. Aucune des multipares n'avait eu de présentation anormale lors d'une gestation antérieure.

Dans deux cas il y avait excès de liquide, dans trois cas insertion du placenta sur le segment inférieur.

Une application de forceps fut faite pour défaut de rotation :

Obs. 190. — I pare, 27 ans. Utérus cordiforme et fibromateux. Insertion basse du placenta. Procidence du cordon. Forceps. Enfant 3.310 gr., mort pendant le travail.

Dans tous les autres cas, l'accouchement fut spontané.

Dans un cas (obs. 135), on ne put ranimer l'enfant, qui présentait deux circulaires serrées; il pesait 2.210 gr.

9 enfants vivants pesant : 2.530 gr., 2.750 gr., 2.950 gr., 3.140 gr., 3.200 gr., 3.430 gr., 3.720 gr., 3.800 gr.

Mortalité maternelle : 0.

c) *Présentation du front*

5 observations

(N[os] 421, 426, 979, 1168, 1601.)

3 multipares, 2 primipares.

Dans trois cas le bassin était normal. 2 des multipares avaient un bassin rachitique (Psp : 10,3 et 10,8) et avaient eu antérieurement des accouchements dystociques (obs. 421 et 426).

Nous avons relevé une gestation gemellaire (obs. 1601 : 1[er] jumeau) et une insertion basse du placenta (obs. 1168).

On pratiqua :

1 application de forceps pour défaut de progression (obs. 1601);

1 application de forceps après symphyséotomie (obs. 426, résumée page 66);

1 basiotripsie (mort de la femme par septicémie puerpérale (obs. 421, résumée page 84).

Les deux autres accouchements furent spontanés.

Mortalité maternelle : 1.

Résultats fœtaux : 3 enfants morts pendant le travail, 1 enfant mort le 16[e] jour de broncho-pneumonie.

Un seul sortit vivant, pesant 2.840 gr.

d) *Présentation de l'épaule*

10 observations

(N[os] 100, 113, 348 (2), 1027, 1370, 1855, 1601, 1610, 1634.)

Cinq fois il s'agissait de gestation gemellaire (trois fois

pour le 2e fœtus, deux fois pour le 1er fœtus (obs. 348 (2), 1370, 1601, 1634).

Une femme est morte : obs. 1610 (embryotomie, Shock après hemorragie) résumée page 91.

Les autres observations sont résumées au chapitre : Versions par manœuvres internes.

Mortalité infantile : 6.

3° Gestations multiples

a) *Gestations gémellaires*

37 observations

(Nos 8, 41, 64, 111, 149, 159, 206, 299, 348, 354, 385, 433, 484, 529, 530, 536, 572, 593, 596, 620, 660, 666, 815, 880, 1123, 1135, 1302, 1306, 1330, 1370, 1483, 1548, 1575, 1601, 1603, 1634, 1683.)

19 primipares, 18 multipares.

Nous avons trouvé 27 gestations bichoriales, 10 unichoriales (obs. 206, 385, 572, 593, 620, 660, 1601, 1603, 1634, 1683).

Dans les 10 cas de gestation unichoriale, l'accouchement se produisit six fois au cours du 9e mois, deux fois au cours du 8e mois, une fois au cours du 7e mois, une fois au cours du 6e mois. Excès de liquide dans un cas (obs. 593 : enfants vivants, Hecht négatif), fœtus morts et macérés dans deux cas (obs. 206 : Hecht négatif; obs. 1683 : Hecht positif).

Dans les 27 cas de gestation bichoriale, 17 accouchements au cours du 9e mois, 8 au cours du 8e mois, 1 au cours du 7e mois. L'observation 530 concerne une gesta-

tion bichoriale de 5 mois avec macération du 1er œuf. Hecht négatif.

Les présentations furent les suivantes :

	1er jumeau	2e jumeau
Sommets.	25	21
Sièges.	9	12
Front.	1	0
Epaule.	2	3
Œuf complet.	0	1

Neuf fois pour les 2 fœtus, trois fois pour le 2e fœtus seulement on dut intervenir, soit, en tout, 21 interventions :

10 applications de forceps;

4 extractions du siège;

7 versions par manœuvres internes (5 épaules, 2 têtes).

On pratiqua deux délivrances artificielles : l'une pour hémorragie, l'autre pour non décollement du placenta.

b) *Gestation triple*

1 observation (n° 1415)

III pare, 30 ans. Rien à signaler dans les antécédents héréditaires.

Gestations antérieure : il y a huit ans, accouchement spontané à terme. Enfant élevé au sein actuellement vivant. Il y a un an, avortement de six semaines suivi d'une néphrite aiguë. Albuminerie légère, sans œdème, sans hypertensions depuis cette époque.

Gestation actuelle : non suivie à la consultation.

A l'entrée (cours du 8e mois) : utérus, 43 centimètres. Durée

de la période de dilatation : 12 h. 50. Rupture tempestive des membranes.

1er fœtus : sommet en O. P. Fille vivante, 2.100 gr., expulsée en 50 minutes. Sortie vivante de la clinique. Rupture artificielle de la deuxième poche des eaux.

2e fœtus : sommet en O. S. Fille vivante, 1.750 gr., expulsée en 5 minutes. Sortie vivante de la clinique.

L'utérus restant volumineux, on touche et on rompt une troisième poche des eaux. Un siège décomplété apparaît à la vulve.

3e fœtus : expulsion en un quart d'heure d'un garçon ranimé en 10 minutes. Poids 2.440 gr. Mort le lendemain. Délivrance naturelle une heure après l'accouchement.

Le placenta se présenta par la face utérine. Une seule masse discoïde pesant 1.200 gr. 3 œufs distincts (4 membranes forment les cloisons). 1 cordon gras, 2 cordons grêles dont l'un présente une insertion vélamenteuse. Suites de couches normales.

CHAPITRE IV

Complications de la Gestation

1° Utérus et annexes

a) *Malformations utérines*

20 observations

(N^{os} 150, 153, 161, 190, 275, 338, 406, 673, 748, 791, 795. 1002, 1025, 1246, 1324, 1367, 1412, 1489, 1555, 1588.)

Dans 18 observations, il s'agit d'un utérus cordiforme; dans 2 observations (1002 et 1246), d'un développement anormal de la corne droite.

2 avortements : obs. 1489 (3^{e} mois) et 748 (4^{e} mois).

2 accouchements prématurés : obs. 406 (7^{e} mois) et 275 (8^{e} mois).

16 accouchements au voisinage du terme.

Huit fois il existait une présentation anormale (6 sièges, 1 face, 1 épaule).

On dut intervenir quatre fois :

2 applications de forceps (obs. 190 et 1002);

1 grande extraction du siège (obs. 1246);

1 version par manœuvres internes (obs. 1555, résumée page 63).

On pratiqua 3 délivrances artificielles : 2 pour hémorragie (obs. 1324 et 1555), 1 pour non décollement du placenta (obs. 1002).

Mortalité maternelle : 0.

Mortalité infantile : pendant le travail : 3; après la naissance : 1 (prématuré).

b) *Fibromes de l'utérus gravide*

23 observations

(N^{os} 119, 152, 166, 190, 260, 362 433, 481, 501, 560, 694, 739, 935, 1027, 1038, 1089, 1199, 1249, 1265, 1460, 1500, 1556, 1647.)

13 primipares, 10 multipares.

Des 13 primipares : 3 étaient âgées de plus de 40 ans, 8, de 30 à 40 ans, 2 de 28 ans.

Des 10 multipares, 6 avaient été fécondées pour la première fois après 30 ans.

Une seule femme fut opérée pendant la gestation :

Obs. 1249. — IV pare, 36 ans. Gestation de 3 mois. Utérus anormalement développé, métrorragies. Laparatomie. On constate la présence d'un gros fibrome intra-pariétal du fond qu'on laisse en place. Avortement le 2^{e} jour. Œuf frais complet pesant 350 gr. Les jours suivants : expulsion spontanée d'un myome sphacelé. Suites fébriles. Guérison.

Les autres femmes accouchèrent au voisinage du terme,

sauf 2 : obs. 560 et 1089 (accouchements spontanés au cours du 8e mois).

Il y eut 5 présentations anormales :

3 sièges (obs. 759, 1556, 433) ;

1 face (obs. 190) ;

1 épaule (obs. 1027).

On intervint 7 fois au cours du travail :

3 applications de forceps, 1 basiotripsie (obs. 166) ;

1 grande extraction du siège ;

1 version par manœuvres internes (obs. 1027, résumée page 63).

1 césarienne suivie d'hystérectomie, dans un cas de fibrome prœvia (obs. 694, résumée page 72).

Mortalité maternelle : 0.

Mortalité infantile : 1 avortement; 4 enfants morts pendant le travail.

c) *Endométrite*

43 observations

(Nos 74, 129, 151, 189 *bis*, 196, 235, 273, 275, 314, 319, 330, 339, 345, 396, 398, 405, 419, 497, 575, 602, 658, 683, 730, 758, 771, 818, 821, 939, 1015, 1198, 1215, 1279, 1299, 1340, 1357, 1388, 1499, 1518, 1523, 1529, 1561, 1593, 1682.)

Nous n'avons retenu que les observations dans lesquelles sont notées des lésions nettes au niveau du placenta et des membranes.

Le plus souvent la gestation fut interrompue. Il y eut : 2 rétentions de fœtus morts, 14 avortements, 15 accouchements prématurés, 12 accouchements au voisinage du terme.

Dans l'observation 497 (accouchement prématuré) la mère présentait une réaction de Hecht positive, et la syphilis est cliniquement probable dans les deux cas de rétention (obs. 683 et 730). L'endométrite semble avoir été la cause unique des 14 autres accouchements prématurés et des 14 avortements.

Quatre femmes eurent des suites de couches fébriles. Toutes sortirent en bon état de la clinique.

d) *Kystes de l'ovaire*

5 observations

(N°s 50, 522, 1156, 1546, 1162.)

Ces cinq femmes subirent une ovariotomie.

Deux furent opérées au cours de la gestation : obs. 1546 et 1162, résumées page 56).

Deux furent opérées au cours du travail : obs. 50 et 522, résumées page 72).

Une femme fut opérée sept semaines après un accouchement spontané à terme : obs. 1156, résumée page 74.

Mode d'accouchement. 1 opération césarienne suivie de l'ablation du kyste : obs. 522.

1 application de forceps au début de l'expulsion : obs. 50.

2 accouchements spontanés : obs. 1156, 1546.

Mortalité maternelle : 0.

Mortalité infantile : 0.

2° Œuf

a) *Môle vésiculaire*

1 observation (n° 503)

III pare, 25 ans, 1re gestation : enfant vivant à terme; 2e gestation : avortement au 3e mois.

A partir du 3e mois, pertes rosées coïncidant avec des vomissements fréquents. A 4 mois 1/2, la femme entre à la clinique pour métrorrhagie. Etat anémique.

Cinq jours après son entrée, la femme expulse spontanément 1.200 grammes de caillots, suivis d'une masse exclusivement composée de vésicules, pesant 400 grammes. Pas de débris fœtaux. Etat de shock. Sérum artificiel sous-cutané.

Le lendemain, élimination d'un sac de caduque.

Suites normales, sortie de la clinique le 11e jour, en bon état.

b) *Hydramnios*

44 observations

(Nos 7, 41, 47, 73, 100, 111, 114, 115, 166, 206, 244, 262, 348, 369, 370, 372, 380, 470, 588, 593, 632, 666, 713, 717, 827, 884, 891, 947, 1020, 1024, 1048, 1057, 1064, 1118, 1145, 1351, 1369, 1465, 1466, 1472, 1483, 1486, 1570, 1630.)

17 primipares, 27 multipares.

7 gestations gémellaires (2 unichoriales, 5 bichoriales).

8 fois, l'accouchement fut prématuré. Dans un de ces cas (obs. 884), l'hydramnios avait évolué d'une façon rapide, l'accouchement se produisit spontanément au début du 7e mois, l'enfant mourut après quelques inspirations. Les suites furent normales pour la mère.

36 fois, la gestation évolua jusqu'au voisinage du terme.

La syphilis peut être affirmée dans 11 cas; 2 fois seulement elle avait été traitée.

Dans 12 cas, on peut soupçonner la syphilis, en raison des antécédents obstétricaux (avortements, rétentions, accouchements prématurés).

Nous avons trouvé, en outre, 1 cas d'insuffisance mitrale (obs. 7), et 2 cas d'albuminurie, l'un sans hypertension (obs. 111), l'autre avec hypertension (obs. 713).

Restent 18 observations dans lesquelles aucun fait de nature à expliquer l'excès de liquide, n'est mentionné.

Il y eut 5 présentations anormales (les gestations gémellaires mises à part) : 2 sièges, 2 faces, 1 épaule.

4 fois se produisit une procidence du cordon (3 gestations gémellaires, 1 présentation de l'épaule).

On fit 2 applications de forceps, 3 versions, 1 grande extraction, 1 basiotripsie, soit en tout 7 interventions.

Dans 3 cas, il s'agissait de fœtus morts ayant subi un début de macération (syphilis confirmée dans ces 3 cas).

Dans 5 cas (dont 2 accouchements prématurés), l'enfant mourut pendant le travail.

Dans 3 cas (dont 2 accouchements prématurés), l'enfant mourut peu après la naissance.

33 enfants sortirent vivants de la clinique.

Mortalité maternelle : 0.

c) *Gros œuf*

33 observations

(N^{os} 11, 29, 33, 219, 281, 312, 321, 344, 358, 359, 394, 434, 487, 566, 723, 837, 883, 886, 917, 931, 974, 1032, 1046, 1115, 1217, 1298, 1311, 1363, 1377, 1433, 1461, 1574, 1639.)

De 70 cas d'enfant pesant plus de 4.000 grammes, nous avons retenu ces 33 observations dans lesquelles on trouve à la fois gros enfant, excès de liquide, hypertrophie placentaire.

10 primipares, 23 multipares.

4 de ces femmes étaient des syphilitiques en traitement. Chez les 29 autres on fit une réaction de Hecht qu'on trouva 8 fois positive.

Il y eut 7 accouchements opératoires : 5 forceps, 2 basiotripsies (obs. 837 et 1311, résumées page 65); 26 accouchements spontanés.

3 fois le fœtus pesait plus de 5.000 grammes (obs. 281, 837, 1115); 9 fois le placenta pesait plus de 800 grammes (2 fois plus de 1.000 grammes : obs. 359 et 487).

Dans toutes ces observations, la hauteur utérine notée au moment de l'accouchement fut de 40 centimètres au minimum.

Dans l'observation 1311 (basiotripsie), il s'agit d'un cas de rétention (Hecht positif).

2 enfants moururent pendant le travail (obs. 1461, forceps. Hecht positif et obs. 837, basiotripsie, Hecht positif).

30 enfants, traités dès le premier jour, sortirent vivants de la clinique.

Mortalité maternelle : 0.

d) *Insertion du placenta sur le segment inférieur*

53 observations

(N^{os} 24, 113, 114, 190, 275, 276, 331, 338, 419, 439, 452, 465, 473, 497, 507, 561, 568, 584, 585, 586, 634, 647, 655,

709, 854, 885, 886, 910, 974, 976, 1015, 1044, 1097, 1117, 1136, 1168, 1251, 1252, 1293, 1309, 1324, 1370, 1377, 1427, 1445, 1499, 1502, 1533, 1570, 1577, 1610, 1653, 1673.)

Nous avons relevé, dans ces 53 observations, 5 cas d'endométrite (obs. 275, 419, 497, 1015, 1499).

28 fois, la gestation évolua jusqu'au voisinage du terme.

25 fois, elle fut interrompue : 23 accouchements prématurés, 1 avortement, 1 hystérectomie au 6e mois (obs. 1445, résumée page 72) : infection de l'œuf, sclérose cicatricielle du col).

Dans 19 cas, il y eut, pendant la gestation, des hémorragies plus ou moins abondantes, mais sans gravité, sauf dans l'observation 1445.

14 présentations anormales (7 sièges, 3 faces, 1 front, 2 épaules). De plus, 4 femmes avaient subi avec succès une version par manœuvres externes.

7 procidences des cordons (4 enfants morts, 3 enfants vivants).

10 fois, une hémorragie se produisit au début du travail. Dans 7 cas, il suffit, pour l'arrêter, de rompre les membranes; 3 fois, on dut placer un ballon de Champetier de Ribes, après quoi le travail se produisit normalement (obs. 452, 568, 1015 : 2 enfants morts, 1 enfant vivant).

5 cas d'hémorragie de la délivrance, dont 2 nécessitèrent une délivrance artificielle (obs. 1324 et 1577).

Une femme mourut (obs. 1610. Embryotomie. Hémorragie post-partum. Shock, résumée page 91).

Mortalité infantile. Pendant le travail : 8 (dont 4 prématurés). Après la naissance : 7 (prématurés).

3° Etats pathologiques gravidiques

a) *Vomissements graves*

Dans 4 cas, l'interruption thérapeutique de la gestation fut pratiquée : 2 avortements suivis de guérison (obs. 1248 et 1270), 2 accouchements prématurés provoqués suivis de mort (obs. 1349 et 1619, résumées pages 88 et 91).

Obs. 1248. — II pare, 25 ans, 1re gestation : avortement thérapeutique pour vomissements grave, il y a sept ans. 2e gestation : entre à la clinique au 2e mois pour vomissements incessants. Femme très amaigrie. Pouls 86. T. A. 14/9.

Traitement : chloral, sérum glucosé.

Huit jours après l'entrée : aggravation. Reprise des vomissements. Syncopes. Pouls 116. Subictère. Pigments biliaires dans les urines.

Intervention (M. Powilewicz). Pas d'anesthésie. Dilatation du col aux bougies de Hégar. Curettage utérin. Amélioration immédiate. Sortie en bon état le 9e jour.

Obs. 1270. — II pare, 27 ans. 1re gestation : avortement spontané de 2 mois. 2e gestation : à l'entrée, vomissements depuis 2 mois. Amaigrissement. Pouls 88. T. A. 15/8,5.

Quatre jours après : pouls 104. T. A. 13,5/8,5. Subictère. Urines foncées. Le 5e jour : pouls 120.

Intervention (M. Powilewicz). Dilatation du col aux bougies de Hégar, mise en place d'une laminaire. Pas d'anesthésie. Le lendemain, extraction à la pince du fœtus et du placenta : 150 grammes. Revision utérine à la curette mousse. Sortie en bon état le 13e jour.

b) *Albuminurie de la gestation*

74 observations

(N^{os} 14, 37, 46, 95, 111, 119, 134, 168, 254, 266, 399, 414, 438, 439, 441, 453, 463, 471, 553, 562, 564, 566, 587, 601, 605, 611, 624, 627, 690, 713, 719, 757, 764, 797, 873, 881, 888, 943, 965, 1009, 1009, 1066, 1103, 1115, 1123, 1132, 1154, 1167, 1172, 1178, 1199, 1214, 1324, 1330, 1350, 1353, 1378, 1403, 1417, 1452, 1473, 1479, 1484, 1488, 1490, 1578, 1584, 1596, 1602, 1604, 1634, 1639, 1642, 1644.)

40 primipares, 34 multipares.

54 accouchements au voisinage du terme, 20 accouchements prématurés (7^{e}, 8^{e} mois).

Chez 24 femmes, l'albumine resta un symptôme isolé. Les 50 autres femmes présentèrent en outre une ou plusieurs des manifestations suivantes : œdèmes, cephalée, troubles visuels, hypertension artérielle. 25 d'entre elles avaient au Pachon une tension maxima supérieure à 17-18. A 15 femmes dont la tension maxima dépassait 20, on fit une saignée sous le contrôle du Pachon.

3 albuminuriques présentèrent des crises convulsives au moment de l'accouchement (obs. 399, 873, 1123); une présenta une rétinite du type albuminurique (obs. 888); une autre fit une hémorragie rétro-placentaire (obs. 605). Voir ces chapitres.

Dans l'observation 1353, il s'agit d'une primipare ayant subi antérieurement une néphrectomie, présentant d'une part un syndrôme toxémique (TA mx 27. Céphalée, etc...), d'autre part des signes de pyélo-néphrite avec bactériurie. Au 7^{e} mois, expulsion d'un fœtus mort et macéré de 1.400 grammes. Pas d'infarctus. Amélioration rapide dans les suites de couches.

Il y eut 5 hémorragies de la délivrance, dont 4 nécessitèrent une délivrance artificielle.

22 observations notent des lésions placentaires (infarctus).

Résultats fœtaux : 2 cas de rétention (obs. 888 et 1353), 6 enfants morts pendant le travail, 4 enfants morts dans les premiers jours.

Une seule femme mourut après l'accouchement, présentant des lésions rénales et hépatiques (obs. 1378, résumée page 88).

c) *Rétinite du type albuminurique*

Obs. 888. — 1 pare, 35 ans. Rien dans les antécédents héréditaires. Antécédents personnels : réglée à 14 ans. Diphtérie, adénopathies dans l'enfance. Bronchites fréquentes.

Gestation : D R. : 21-22 septembre 1921. Dès novembre, albuminerie augmentant progressivement malgré le régime déchloruré. Apparition des troubles visuels le 12 juin.

Entre le 21 juin à Baudelocque, après un examen ophtalmoscopique de M. Morax, concluant à : rétinite albuminurique typique de l'œil gauche.

A l'entrée : gros œdèmes des membres et des paupières. Albuminerie intense. T. A. 22/11.

Le 22 juin, après une saignée de 500 centimètres cubes, interruption de la gestation.

Pas d'anesthésie. Dilatation du col aux bougies métalliques, ponction de la poche des eaux, pose d'un ballon intra-utérin de 300 centimètres cubes.

36 heures après, expulsion du ballon, puis d'un fœtus mort et macéré pensant 2.600 gr.

T. A. après l'accouchement : 14/9. Le lendemain : T. A. 18/11,5. Traitement : eau lactosée, eau-de-vie allemande.

Les jours suivants : disparition progressive des œdèmes, per-

sistance de l'albuminerie et de la céphalée (Hecht négatif, Desmoulières 1/2 3/4 +). Mise au traitement arsenobenzolique.

Sortie le 15 juillet : albumine 2 gr. T. A. 15/10. Pas de céphalée, pas d'œdème, vision encore voilée. Etat général satisfaisant.

d) *Eclampsie*

Cinq femmes ont présenté des crises convulsives :

1 pendant la gestation (obs. 1123);

3 au cours du travail (obs. 399, 411, 873);

1 après l'accouchement (obs. 672 *bis*).

Obs. 399. — III pare, 29 ans. 1re gest. : crises convulsives au cours du travail. 2e gest. : avortement de 3 mois. 3e gest. : albuminurie constatée au 5e mois. Œdème des membres. Au début du travail : dyspnée intense. T. A. 13/10 (Pachon). Saignée de 500 centimètres cubes. T. A. 10/7 après la saignée.

Crise éclamptique 2 heures après la saignée. 2e crise plus forte 12 heures après. Albuminurie nette à ce moment. Nouvelle saignée de 700 centimètres cubes. 1.500 gr. de sérum glucosé intra-rectal.

Travail régulier. Expulsion rapide d'un enfant vivant pesant 2.830 gr. Délivrance naturelle. Placenta 460 gr., sans foyer hémorragique. T. A. 14,5/10,5 après l'accouchement. Suites normales, sortie en bon état le 13e jour.

Obs. 411. — I pare, 20 ans. Rien dans les antécédents. Pas d'albuminerie à l'entrée. Tête mal fléchie, promontoire accessible.

Durée du travail : 74 heures. A dilatation 5 fr. : trois crises d'éclampsie à 20 minutes d'intervalle.

Saignée de 400 gr. après la 2e crise. Sitôt après la 3e crise, dilatation complète. Application de forceps en G. T. Enfant

pesant 3.220 gr. facilement ranimé. Délivrance artificiellle. Placenta 480 gr. sans foyer hémorragique.

Nouvelle crise 2 heures après l'accouchement. Saignée de 250 centimètres cubes. T. A. 10/7. La femme est calme, dort toute la nuit. Suites normales.

Obs. 672 *bis*. — I pare, 16 ans. Gestation bien supportée. Pas d'albuminurie. Accouchée chez une sage-femme agréée. Enfant : 4.200 gr., vivant. Placenta : 700 gr. (délivrance naturelle).

1re crise à la fin de l'accouchement.

Ramenée à Baudelocque après la délivrance. T. A. : 14,5/8,5. Saignée immédiate. Nouvelle crise un quart d'heure après. T. A. : 18/12 à la fin de la crise.

Lavement de chloral (2 grammes). La femme s'endort. Suites de couches fébriles. Chute de la température le 25e jour. La femme et l'enfant sortent en bon état le 30e jour.

Obs. 873. — I pare, 21 ans. Envoyée par un médecin, au début du travail, avec le diagnostic : crises éclamptiques frustres.

A l'entrée : grosse albuminurie. T. A. : 17/10. Col en voie d'effacement. Lavement de chloral. Eau-de-vie allemande. Saignée de 600 gr.

Le lendemain, à dilatation complète. T. A. : 19/10. Après 1 h. 45 d'efforts expulsifs, accouchement spontané d'un enfant vivant : 3.740 gr. Délivrance naturelle une heure après. Placenta : 520 grammes, présence d'infarctus blancs.

Deux heures après l'accouchement : T. A. 15/9.

Suites de couches normales.

Obs. 1123. — I pare, 34 ans. Luxation congénitale de la hanche gauche. Dernières règles : 10 décembre.

Entre le 17 août dans un état semi-comateux.

9 h. 35 : T. A. 20/10. Saignée 600 gr. Lavement de chloral, eau-de-vie allemande. Quatre crises successives.

10 h. 45 : T. A. 17/10. Albuminurie. Saignée 250 gr. T. A. après la saignée : 15/10.

Examen obstétrical. Utérus tendu. Hauteur utérine : 40. Gestation gemellaire. Enfants vivants.

Pas de nouvelle crise.

Accouchement le 21 août. Durée du travail : 17 heures. Deux applications de forceps pour défaut de progression. 2 enfants vivants : 2.100 et 2.170 gr. Délivrance naturelle. Gestation bichoriale. Placenta : 730 gr. Excès de liquide du deuxième œuf.

Amélioration les jours suivants. Pas d'albuminerie. Chute de la tension artérielle. Sortie en bon état le 24 octobre.

e) Hémorragie rétro-placentaire

Obs. 605. — II pare, 22 ans. 1re gest. : enfant vivant à terme. 2e gestat. : surveillée à Baudelocque. Hospitalisée au 6e mois pour des hémorragies abondantes sans contraction utérine douloureuse.

Trois heures après l'entrée : tendances syncopales, accélération du pouls. Hémorragie externe peu marquée, mais utérus dur. Hauteur utérine passée rapidement de 23 centimètres à 27 centimètres. Auscultation négative du cœur fœtal. Au toucher : col souple, dilatation 1 fr. Albuminurie massive. Intervention immédiate : rupture des membranes, pose d'un ballon intra-utérin de 450 centimètres cubes.

Après un travail de six heures, expulsion du ballon, suivi d'un fœtus mort non macéré pesant 1090 gr.

Cinquante minutes après, délivrance naturelle. Placenta 300 gr., présentant une grande cupule qu'occupe un caillot gros comme le deux tiers du placenta.

Suites normales.

4° Etats pathologiques généraux

a) *Syphilis*

135 observations

(N^{os} 10, 11, 30, 40, 55, 83, 91, 115, 120, 130, 132, 134, 135, 150, 163, 194, 195, 206, 215, 226, 245, 272, 297, 313, 328, 329, 333, 344, 363, 369, 372, 380, 397, 420, 427, 434, 438 *bis*, 466, 473, 497, 508, 511, 512, 513, 521, 535, 544, 547, 553, 559, 564, 584, 591, 622, 632, 636, 639, 643, 717, 725, 736, 750, 784, 785, 806, 813, 830, 837, 855, 871, 885, 886, 887, 917, 928, 931, 935, 937, 952, 958, 971, 992, 997, 998, 1011, 1068, 1080, 1107, 1125, 1164, 1217, 1245, 1271, 1302, 1303, 1311, 1347, 1351, 1363, 1364, 1369, 1385, 1386, 1433, 1439, 1461, 1477, 1486, 1491, 1494, 1498, 1516, 1563, 1566, 1570, 1578, 1583, 1584, 1585, 1589, 1595, 1598, 1602, 1613, 1622, 1627, 1633, 1640, 1650, 1658, 1663, 1665, 1678, 1681, 1683.)

Ces 135 observations sont celles de femmes syphilitiques présentant ou ayant présenté une réaction de Hecht positive.

50 femmes avaient été traitées, 85 ne l'avaient pas été.

Voici, en un tableau comparatif, les résultats de la gestation chez ces deux groupes de femmes :

	Femmes traitees	Femmes non traitées
Gestation ectopique (opérée au 2^{e} mois, obs. 1385)	1	0
Avortements	0	4
Rétention de fœtus mort	1	20
Accouchements prématurés	5	24
Accouchements au voisinage du terme	43	37

Enfants morts pendant le travail ou les jours suivants.	prématurés.	3	10
	nés à termes	1	3
Enfants sortis vivants de la clinique.		44	48
		sur 50	sur 85

Une femme, ayant reçu une série de novarsenobenzol intraveineux, présenta un syndrome d'ictère grave, et mourut 5 heures après avoir accouché prématurément au cours du 7e mois, d'un enfant mort (obs. 958, résumée pages 87).

b) *Tuberculose pulmonaire en évolution*

Sur 39 cas de tuberculose pulmonaire, 25 concernaient des tuberculoses en évolution :

Observations 25, 231, 607, 658, 659, 754, 777, 779, 783, 789, 796, 879, 891, 924, 1021, 1084, 1131, 1144, 1209, 1333, 1348, 1372, 1393, 1622, 1659.

Toutes ces femmes furent hospitalisées et accouchées au Pavillon Tarnier, réservé aux tuberculeuses pulmonaires. Après les suites de couches, elles furent dirigées, pour être suivies au point de vue pulmonaire, sur les services spéciaux d'où venaient d'ailleurs la plupart d'entre elles.

Dès la naissance, les enfants furent séparés de leur mère et placés dans une couverie spécialement affectée aux enfants des mères bacillaires.

L'observation 1372 concerne un avortement au cours du 6e mois (Fœtus 700 gr. Placenta 300 gr.).

Dans les 24 autres observations nous avons relevé :

2 accouchements prématurés au cours du 7e mois;

3 accouchements prématurés au cours du 8e mois;

19 accouchements au cours du 9e mois ou au voisinage du terme.

Dans 4 cas, on intervint pour éviter à la mère des efforts expulsifs : 3 forceps (obs. 659, 1131, 1333), 1 extraction de siège (obs. 1084).

Dans 7 cas, les suites de couches furent fébriles et les symptômes pulmonaires s'aggravèrent (obs. 789, 924, 1021, 1084, 1131, 1348, 1659). Aucune femme ne mourut pendant son séjour à la clinique. 4 sont mortes peu de temps après leur sortie (obs. 924, 1021, 1084, 1131).

Les 24 enfants naquirent vivants.

6 moururent avant 1 mois : obs. 779 (Poids de l'enfant : 1740 gr)., obs. 796 (Poids : 2580 gr.), obs. 891 (Poids : 2940 gr.), obs. 1333 (Poids : 2950 gr.), obs. 1595 (Poids : 3.780 gr.), obs. 1659 (Poids : 2.600 gr.).

5 autres moururent avant juillet 1923 : obs. 25 (Poids : 2580 gr.), obs. 658 (Poids : 2970 gr.), obs. 754 (Poids : 2740 gr.), obs. 924 (Poids : 1.900 gr.), obs. 1144 (Poids : 3100 gr).

Les 13 autres enfants étaient vivants et bien portants fin juillet 1923. 9 d'entre eux (obs. 231, 777, 783, 789, 879, 1131, 1209, 1348, 1622) avaient été dirigés, dès leur sortie de la Clinique Baudelocque, sur le Centre d'Elevage de Salbris (Loir-et-Cher), qui dépend de l'œuvre du Placement familial des Tout-Petits, présidée par Mme Seligmann, et que dirige M. Léon Bernard.

c) *Cardiopathies*

16 observations

(N^{os} 7, 11, 21, 91, 96, 440, 499, 523, 663, 706, 731, 772, 1049, 1167, 1635, 1638.)

9 primipares, 7 multipares.

Dans 13 cas, il s'agissait de lésions de l'orifice mitral, dans 2 cas d'insuffisance aortique, dans 1 cas de rétrécissement pulmonaire.

2 de ces femmes étaient syphilitiques (obs. 11 et 91).

3 présentèrent des accidents (hyposystolie avec dyspnée légère) pendant la gestation (obs. 91, 1635, 1638).

14 fois l'accouchement eut lieu à terme.

Il y eut 1 cas de rétention (obs. 523), sans cause établie, et 1 avortement au cours du 6^{e} mois (obs. 91, réaction de Hecht positive).

On dut faire 5 applications de forceps.

Les suites de couches furent normales et toutes ces femmes sortirent en bon état.

Mortalité infantile : 1 rétention, 1 avortement.

d) *Pyélonéphrites au cours de la gestation*

22 observations

(N^{os} 45, 61, 102, 203, 218, 340, 406, 626, 650, 772, 802, 950, 967, 1030, 1145, 1155, 1163, 1213, 1353, 1367, 1559, 1591.)

16 primipares, 6 multipares.

Dans ces 22 observations, la réaction de l'urine à l'ammoniaque révéla la pyurie. Dans 15 cas on pratiqua l'examen bactériologique et 11 fois on trouva du bactérium

coli. Une fois on trouva du streptocoque pur dans les urines (obs. 203, accouchement spontané à terme).

Nous avons relevé : 1 cas de rétention (obs. 1353, voir au chapitre « Albuminurie »), 1 accouchement prématuré au cours du 7e mois (obs. 406), 3 accouchements prématurés au cours du 8e mois (obs. 650, 1367, 1591). Dans ces 5 cas, la bactériurie était confirmée par le laboratoire.

Dans les 17 autres observations, l'accouchement se fit au voisinage du terme.

L'infection porta cliniquement 8 fois sur le rein droit, 1 fois sur le rein gauche (obs. 1030). Dans 13 cas, la localisation fut moins nette; il s'agissait peut-être de pyélonéphrite bilatérale.

Le traitement fut purement diététique, sauf dans un cas où l'on pratiqua la distension vésicale (obs. 1367, résumée au chapitre « Phlébite des membres inférieurs »), et où la pyurie persista dans les suites de couches.

Dans tous les autres cas, les symptômes disparurent rapidement après l'accouchement.

Mortalité infantile : 2 prématurés, morts dans les premiers jours.

CHAPITRE V

Complications de la Parturition

1° Anomalies de la dilatation

Nous n'avons pas trouvé d'observation d'œdème du col. Mais plusieurs femmes présentèrent au niveau du col des lésions susceptibles d'entraver la marche du travail. Dans 3 cas il s'agissait de métrite cervicale traitée par les caustiques.

3 accouchements spontanés, 2 césariennes suivies d'hystérectomie, 1 hysterectomie en bloc.

Obs. 481. — I pare, 31 ans. Métrite cervicale chronique traitée au Filhos. Rupture précoce des membranes. Dilatation en 46 heures. Accouchement spontané à terme. Enfant vivant 3.050 gr. Délivrance naturelle. Placenta 520 gr.

Obs. 528. — IV pare. 38 ans. Col cicatriciel (cautérisations antérieure). Césarienne suivie d'hystérectomie. Résumée page 71).

Obs. 785. — II pare, 38 ans. Métrite cervicale chronique traitée au Filhos. Rupture précoce des membranes. Dilatation : 77 heures. Accouchement spontané au 8e mois. Enfant vivant 3.150 gr.

Obs. 1411. — II pare, 36 ans. Noyaux scléreux au niveau du col. Césarienne suivie d'hystérectomie (résumée page 72).

Obs. 1445. — VIII pare, 40 ans. Cicatrices fibreuses au niveau du col. Hémorragie grave par placenta prævia. Hystérectomie en bloc (résumée page 72).

Obs. 1549. — II pare, 38 ans. Incision du col lors du premier accouchement. Rupture tempestive des membranes. Dilatation : 25 h. 30. Accouchement spontané à terme. Enfant vivant.

2° Procidences

a) *Procidences du cordon*

19 observations

(Nos 100, 190, 348, 418, 545, 568, 584, 593, 639, 666, 780, 815, 976, 1190, 1341, 1370, 1601, 1610, 1673.)

12 sommets, 5 épaules, 1 siège, 1 face.

Dans 8 observations, la procidence se produisit avant la dilatation complète. Une seule fois on put réduire la procidence et l'enfant naquit vivant (obs. 976). Dans 7 cas l'enfant mourut pendant le travail. 2 fois on avait placé un ballon de Champetier de Ribes (obs. 568 et 1610). Il y eut sur ces 7 observations : 2 versions par manœuvres internes, 1 forceps, 2 basiotripsies, 1 embryotomie.

Dans 11 observations, la procidence se produisit à dilatation complète. 3 fois on put la réduire (obs. 545, 584,

1673). 10 fois l'accouchement fut opératoire : 5 forceps, 5 versions, 8 enfants vivants, 3 enfants morts.

Sur ces 19 observations de procidence du cordon : 7 cas d'insertion basse du placenta. Une fois, le cordon mesurait 76 centimètres (obs. 190).

b) *Procidences des membres*

6 observations

(N^{os} 53, 113, 1027, 1201, 1571, 1673.)

Dans 2 cas, il s'agissait de présentation de l'épaule (obs. 113 et 1027, résumées au chapitre versions par manœuvres internes, pages 61 et 63).

Obs. 53. — Travail régulier, rupture tempestive des membranes, procubitus des deux mains qui apparaissent collées de chaque côté de la tête située en O. P. au moment du dégagement des bosses pariétales. Accouchement spontané. Enfant vivant 3.600 gr.

Obs. 1201. — Rupture artificielle des membranes à dilatation complète. Main droite procidente. Accouchement spontané en O. P. Enfant vivant 2.850 gr.

Obs. 1571. — Rupture tempestive des membranes, main gauche procidente. Réduction. Forceps en O. P. Enfant vivant 2.110 gr.

Obs. 673. — Rupture prématurée des membranes. A dilatation complète : procidence du cordon et de la main gauche. Réduction. Forceps. Enfant vivant 2.050 gr.

3° Viciations pelviennes

a) *Bassins rachitiques*

68 observations

(N^{os} 2, 22, 47, 56, 75, 92, 106, 126, 127, 148, 178, 239, 335, 342, 356, 357, 367, 377, 411, 418, 421, 426, 435, 482, 494, 589, 636, 649, 654, 674, 675, 681, 731, 743, 749, 753, 780, 831, 843, 852, 892, 944, 948, 957, 971, 1002, 1010, 1052, 1083, 1099, 1106, 1151, 1171, 1225, 1234, 1263, 1268, 1344, 1358, 1401, 1421, 1443, 1490, 1515, 1531, 1542, 1587, 1605.)

Dans le tableau ci-dessous, nous classons, d'une part les bassins dont le diamètre promonto-sous-pubien est inférieur à 10 c/m 5, d'autre part les bassins dont le même diamètre est supérieur à 10 c/m 5.

	Psp < 10,5	Psp > 10,5
Nombre d'observations.	25	43
Césariennes — conservatrices. . . .	11	7
Césariennes — conservatrices itératives.	0	2
Césariennes — suivies d'hystérectomie.	0	0
Applications de forceps.	4	10
Basiotripsies.	3	1
Symphyséotomie.	0	1
Accouchements spontanés — prématurés. . . .	2	2
Accouchements spontanés — près du terme. . .	5	21
Enfants morts (3 prématurés, 4 basiotripsies, 5 forceps).	4	8
Enfants sortis vivants de la clinique.	21	35

3 femmes moururent : 2 après une basiotripsie (obs. 342 et 421), 1 par embolie, 12 jours après une opération césarienne (obs. 1358). Voir pages 83, 84, 88.

b) *Luxation congénitale de la hanche*

10 observations

(N^{os} 4, 217, 295, 330, 680, 749, 766, 892, 896, 1123.)

7 luxations unilatérales (3 droites, 4 gauches).

3 luxations bilatérales.

7 femmes accouchèrent spontanément d'enfants vivants, 6 au voisinage du terme, 1 au cours du 8^{e} mois.

1 opération césarienne conservatrice (obs. 749) chez une femme présentant une luxation unilatérale et un rachitisme sévère (Psp = 9,4).

3 applications de forceps, l'une pour souffrance fœtale dans un cas de luxation bilatérale avec rachitisme surajouté (obs. 892, enfant mort pendant le travail), les 2 autres dans un cas de luxation unilatérale chez une gémellaire éclamptique (obs. 1123, 2 enfants vivants).

c) *Coxalgie*

6 observations

(N^{os} 384, 469, 478, 846, 1551, 1625.)

4 coxalgies droites, 2 coxalgies gauches, toutes apparues avant l'âge de 12 ans.

Tous les accouchements eurent lieu à terme, 5 spontanément (3 sommets, 1 siège, 1 face), 1 par application de forceps (obs. 846, souffrance fœtale).

Tous les enfants sortirent vivants.

d) *Cyphose par Mal de Pott*

1 observation

(N° 371)

I pare. 25 ans. Cyphose apparue à l'âge de 2 ans, intéressant la colonne lombaire. Diamètre bi-ischiatique : 9 cm. Gestation sans incident. Accouchement spontané à terme d'un enfant vivant pesant 3210 gr.

Suites de couches normales.

CHAPITRE VI

Complications de la Délivrance

Hémorragies de la délivrance

55 observations

(N°s 17, 25, 56, 85, 86, 96, 103, 299, 358, 359, 408, 411, 433, 460. 488, 562, 566, 779, 840, 862, 892, 912, 913, 930, 950, 953, 974, 976, 1006, 1046, 1070, 1115, 1240, 1265, 1294, 1312 *bis*, 1324, 1328, 1342, 1348, 1365, 1373, 1376, 1378, 1474, 1519, 1556, 1570, 1577, 1583, 1586, 1587, 1595, 1605, 1667.)

Dans 35 cas, l'hémorragie nécessita une délivrance artificielle (voir ce chapitre, page 73).

Dans 9 cas, l'hémorragie apparue 15 à 30 minutes après l'expulsion du fœtus, cessa après la délivrance naturelle.

Dans 11 cas, l'hémorragie survint ou persista après la délivrance : 6 fois, des injections intra-utérines à 50° suffirent à l'arrêter; 5 fois, le placenta paraissant incomplet, on procéda à une révision manuelle de la cavité uté-

rine. Dans un seul cas (obs. 1348), on ramena un fragment placentaire.

Une femme mourut après avoir présenté des phénomènes de shock (obs. 1378, résumée page 88. Shock en rapport avec des lésions dégénératives aiguës du foie).

Toutes les autres sortirent de la clinique en bon état.

CHAPITRE VII

Opérations

1° Gestation

a) *Avortements thérapeutiques*

2 observations (n^{os} 1248 et 1270)

Ces deux observations d'avortements thérapeutiques, suivis de guérison sont résumées au chapitre « Vomissements graves ».

b) *Accouchements prématurés provoqués*

3 observations (n^{os} 888, 1349, 1619)

L'observation 888 (rétinite) est résumée page 38.

Les observations 1349 et 1619, accouchements provoqués pour vomissements graves sont résumées au chapitre « **Mortalité maternelle** ».

c) *Opérations chirurgicales au cours de la gestation*

4 observations (n^{os} 15, 1546, 1555 *bis*, 1162)

Une seule femme fut opérée à la Clinique Baudelocque.

Obs. 1162. — II pare, 24 ans, 1re gestation : enfant vivant à terme. 2^{e} gestation. Dernières règles : 24-27 novembre 1921. Au 3^{e} mois : crises abdominales douloureuses. Pas de syncope, pas de pertes. Masse mobilisable indépendante de l'utérus. Intervention le 8 février 1922. Opérateur : M. Levant. Anesthésie au chloroforme. Laparatomie sous-ombilicale. Ablation d'un kyste de la grosseur d'une tête fœtale de 8 mois, extrait facilement en raison de la longueur du pédicule (10 centimètres), développé au dépens de l'ovaire droit. Annexes gauches normales. Pas d'incident opératoire. Suites normales. Sortie le 19^{e} jour en bon état.

Accouchement spontané à terme le 30 août, à Baudelocque. Enfant vivant 3.480 gr. Placenta 730 gr. Durée du travail 12 heures. Suites de couches normales. Mère et enfant sortis en bon état le 11^{e} jour.

Obs. 15. — V pare, 41 ans. Au 5^{e} mois, laparatomie exploratrice, dans une clinique, sur le diagnostic de tumeur utérine, la gestation étant méconnue. Accouchement spontané à terme. Enfant vivant 3.300 gr. Placenta 440 gr.

Obs. 1546. — II pare, 24 ans. Opérée d'urgence dans une clinique au cours du 3^{e} mois pour torsion d'un kyste pédiculé. Accouchement spontané à terme. Enfant vivant 4.430 gr. Placenta 680 gr.

Obs. 1555 *bis*. — I pare, 32 ans. Opérée au cours du 2^{e} mois, dans une clinique, pour rétroversion utérine. Diagnostic de gestation au cours de l'intervention. Anesthésie rachidienne. Liga-

mentopexie. Suites opératoires normales. Evolution normale de la gestation.

Accouchement spontané à terme, en ville. Enfant vivant 3.300 gr. Entre à la clinique Baudelocque 10 jours après l'accouchement pour hémorragie. Etat syncopal. Curage digitial, sans anesthésie, ramenant 10 grammes de débris placentaires.

Suites : phlébite du membre inférieur gauche. Immobilisation. Sortie guérie deux mois et demi après le curage.

2° Parturition

a) *Emploi du ballon de Champetier de Ribes*

On employa le ballon de Champetier de Ribes dans deux groupes de circonstances :

1° Ballon dans le vagin. 37 fois, dans le cas de présentation du siège, chez des primipares, un ballon de 500 cm3, placé dans le vagin à dilatation de 5 fr., assura une dilatation des parties molles favorisant le passage de la tête fœtale.

2° Ballon dans l'utérus.

a) Dans 5 cas, pour provoquer l'avortement (obs. 1248 et 1270) ou l'accouchement prématuré (obs. 888, 1349, 1619);

b) Dans 5 cas, pour obtenir pendant le travail une dilatation suffisante pour l'évacuation de l'utérus : obs. 538 (basiotripsie), obs. 1555 (version par manœuvres internes), obs. 778 (membranes rompues, travaillent), obs. 1610 (épaule, procidence du cordon, embryotomie), obs. 605 (hémorragie rétro-placentaire);

c) Dans 3 cas d'hémorragie par insection vicieuse du placenta (obs. 452, 568, 1015).

b) *Forceps*

112 observations

(N^{os} 31, 50, 56, 71, 86, 89, 96, 119, 126, 132, 149, 152, 167, 184, 190, 211, 240, 264, 358, 367, 382, 402, 411, 426, 460, 487, 493, 499, 527, 540, 545, 566, 583, 584, 646, 659, 663, 666 (2), 671, 675, 690, 691, 711, 714, 753, 765, 772, 815, 843, 846, 854, 867, 886, 892, 916, 919, 962, 971, 986, 1002, 1009, 1021, 1024, 1049, 1075, 1097, 1105, 1112, 1119, 1123 (2), 1131, 1158, 1166, 1240, 1263, 1265, 1341, 1345, 1359, 1333, 1373, 1381, 1432, 1438, 1452, 1454, 1461, 1474, 1478, 1483 (2), 1516, 1530, 1532, 1547, 1548, 1558, 1562, 1571, 1577, 1587, 1601, 1605, 1622, 1629, 1639, 1667, 1668, 1673, 1679.)

82 primipares, 30 multipares.

109 applications ont été faites sur le sommet.

3 applications de forceps ont été faites sur des présentations anormales : 1 sur la face (obs. 190, enfant mort pendant le travail. Voir « Présentation de la face », page). 2 sur le front : obs. 426, enfant n'ayant pu être ranimé. Voir « Symphyseotomie » et obs. 1601 (1^{r} jumeau), forceps pour défaut de progression. Enfant vivant.

Bassins normaux : 98. Mortalité fœtale : 8. Mortalité maternelle : 0.

Bassins déformés : 14. Mortalité fœtale : 5. Mortalité maternelle : 0.

Dans les 109 applications de forceps sur le sommet, nous en relevons :

32 au détroit inférieur :

— 31 en OP (25 primipares, 6 multipares).

Indications : Défaut de progression..... 13
Souffrance fœtale. 10
Etats pathologiques maternels..... 8
(4 cardiaques, 2 tuberculoses, 1 éclampsie, 1 laparotomie récente)
Déchirures du périnée. 18
(sphincter lésé dans 1 cas)

Suites de couches normales dans 24 cas, fébriles dans 7 cas.

30 enfants vivants, 1 enfant mort.

— 1 en OS, pour défaut de progression chez une primipare. Déchirure superficielle de périnée, enfant mort.

77 dans l'excavation :

— 26 en G A (16 primipares, 10 multipares)

Indications : Défaut de progression..... 12
Souffrance fœtale. 12
Tuberculose pulmonaire maternelle.. 2

11 déchirures superficielles du périnée.

Suites de couches normales dans 21 cas, fébriles dans 5 cas (1 phlébite des membres inférieurs).

24 enfants vivants, dont 3 durent être ranimés, 2 enfants morts.

— 9 en DA (7 primipares, 2 multipares).

Indications : Défaut de progression..... 5
Souffrance fœtale. 3
Tuberculose pulmonaire de la mère.. 1

5 déchirures superficielles du périnée.

Suites de couches normales dans 7 cas, fébriles dans 2 cas.

8 enfants vivants, 1 enfant mort.

— 15 en GT (12 primipares, 3 multipares).

Indications : Défaut de progression..... 8

Souffrance fœtale..... 6

Eclampsie..... 1

6 déchirures superficielles du périnée.

Suites de couches normales dans 11 cas, fébriles dans 4 cas.

12 enfants vivants, dont 7 durent être ranimés, 3 enfants morts.

— 19 en DT (15 primipares, 4 multipares).

Indications : Défaut de progression..... 9

Souffrance fœtale..... 7

Etats pathologiques maternels..... 3

(1 cardiaque, 1 éclamptique, 1 laparotomie récente)

4 déchirures superficielles du périnée.

Suites de couches normales dans 15 cas, fébriles dans 4 cas (1 phlébite des membres inférieurs).

17 enfants vivants dont 2 durent être ranimés, 2 enfants morts.

— 1 en GP, pour souffrance fœtale, chez une multipare.

Réduction manuelle en transverse, forceps appliqué en GT.

Suites de couches normales. Enfant vivant.

— 7 en DP (3 primipares, 4 multipares).

Indications : Défaut de progression..... 4

Souffrance fœtale. 2

Laparotomie récente. 1

Réduction manuelle en transverse, application en DT dans 6 cas.

Réduction impossible, prise en oblique et dégagement en OS dans 1 cas.

5 déchirures du périnée (sphincter lésé dans 1 cas).

Suites de couches normales dans 5 cas, fébriles dans 2 cas.

6 enfants vivants, 1 enfant mort.

c) *Versions par manœuvres internes*

13 observations

(N^os^ 109, 113, 348, 2, 593, 813, 877, 1027, 1190, 1370, 1553, 1601, 1634.)

Obs. 109. — III pare. 35 ans. Accouchement à terme. Excès de liquide Hecht négatif. Présentation de l'épaule. Membranes rompues à dilatation petite paume. Procidence du cordon. Version par manœuvres internes immédiate. Extraction d'un fœtus mort pesant 3.650 gr. Délivrance naturelle trois-quarts d'heure après. Placenta 780 gr. Sortie sur sa demande le troisième jour.

Obs. 113. — III pare. 39 ans. Accouchement à terme. Présentation de l'épaule. Rupture tempestive des membranes. Main droite procidente. Version par manœuvres internes et grande extraction immédiate d'un enfant vivant pesant 3.250 gr. Délivrance naturelle 25 minutes après. Placenta 430 gr. Suites normales. Mère et enfant sortis en bon état.

Obs. 348. — II pare. 34 ans. Gestation gemellaire bichoriale. Accouchement prématuré au 8^e^ mois. Excès de liquide Hecht négatif. Membranes rompues précocement après un trauma

sexuel. A dilatation grande paume, procidence du cordon qui ne bat plus. Présentation transversale du premier fœtus : version par manœuvres internes et extraction d'un fœtus mort pesant 2.140 gr. Présentation également transversale du deuxième fœtus : version par manœuvres internes et extraction d'un enfant pesant 2.100 gr., en état de mort apparente, ranimé. Délivrance artificielle immédiate. Placenta 890 gr. Suites normales.

Obs. 593. — IV pare, 37 ans. Gestation gémellaire unichoriale. Excès de liquide (Hecht négatif). Accouchement à terme. Rupture artificielle des membranes à dilatation complète. Expulsion spontanée par le siège du premier fœtus vivant pesant 2.250 gr. Deuxième fœtus : présentation du sommet, procidence irréductible du cordon. Version par manœuvres internes et extraction du deuxième fœtus vivant pesant 2.200 gr. Délivrance naturelle 20 minutes après. Placenta 900 gr. Suites normales. Mère et enfants sortis en bon état.

Obs. 815. — I pare, 23 ans. Gestation gemellaire bichoriale à terme. Rupture précoce de la première poche des eaux. Forceps en D. A. pour défaut de progression sur le premier fœtus : enfant vivant pesant 2.550 gr. Rupture artificielle de la deuxième poche des eaux. Procidence du cordon, irréductible. Présentation du sommet. Version par manœuvres internes, extraction du deuxième enfant, vivant, pesant 2.630 gr. Délivrance artificielle immédiate. Placenta 800 gr. Suites normales. Mère et enfants sortis en bon état.

Obs. 877. — III pare, 34 ans. Accouchement à terme. Présentation du sommet. Hémorragie au cours du travail (placenta inséré sur le segment inférieur). Ponction des membranes avant dilatation complète. Persistance de l'hémorragie et souffrance fœtale. Version par manœuvres internes et grande extraction d'un enfant pesant 2.820 gr., en état de mort apparente, n'ayant

pu être ranimé. Délivrance artificielle immédiate. Placenta 450 gr. Suites normales.

Obs. 1027. — III pare, 38 ans. Accouchement à terme. Rupture prématurée des membranes cinq heures avant le début du travail. A dilatation complète : présentation de l'épaule, bras droit procident, enfant vivant. Version par manœuvres internes, extraction d'un fœtus pesant 2.370 gr. n'ayant pu être ranimé. Délivrance naturellle quelques minutes après. Placenta 420 gr. Suites normales.

Obs. 1190. — I pare, 27 ans. Accouchement à terme. Rupture artificielle des membranes à dilatation complète. Tête mal fléchie, non engagée. Procidence du cordon, irréductible. Version par manœuvres internes, grande extraction d'un fœtus mort-né pesant 3.300 gr. Délivrance naturelle quelques minutes après. Placenta 620 gr. Suites normales.

Obs. 1370. — IX pare, 32 ans. Gestation gemellaire bichoriale au 9e mois. Rupture tempestive des membranes. Premier fœtus en dorsoantérieure, procidence du cordon inséré sur le bord inférieur d'un placenta bas. Version par manœuvres internes, extraction d'un fœtus mort pesant 3.350 gr. Deuxième enfant expulsé spontanément, vivant. Délivrance spontanée immédiate. Placenta 450 gr. et 530 gr. Suites normales.

Obs. 1355. — V pare, 31 ans. Accouchement à terme. Rupture prématurée des membranes onze heures avant le début du travail. Présentation transversale du fœtus. A la 30e heure de travail : dilatation 2 fr. Pose d'un ballon intra-utérin de 650. A la 39e heure, souffrance fœtale, dilatation pratiquement complète. Version par manœuvres internes, extraction d'un fœtus pesant 3.070 gr. n'ayant pu être ranimé. Délivrance artificielle immédiate. Placenta 550 gr. Suites normales.

Obs. 1601. — I pare, 18 ans. Gestation gemellaire unichoriale à terme (Hecht négatif). Rupture artificielle des membranes à dilatation complète. Premier fœtus : présentation du front, forceps pour défaut de progression, enfant vivant pesant 2.280 gr. Deuxième fœtus : position transversale. Procidence du cordon. Version par manœuvres internes, extraction d'un enfant vivant pesant 3.000 gr. Délivrance naturelle une heure après. Placenta 1.070 gr. Suites fébriles. Sortie sur sa demande le 20e jour.

Obs. 1634. — II pare, 21 ans. Gestation gemellaire unichoriale à terme. Rupture tempestive des membranes. Expulsion spontanée en O. P. du premier enfant pesant 2.800 gr. vivant. Présentation transversale du deuxième fœtus : version par manœuvres internes, extraction d'un enfant vivant pesant 2.740 gr. Délivrance naturelle une heure après. Placenta 800 gr. Suites normales.

Mortalité maternelle : 0.

Mortalité fœtale : 7.

d) *Basiotripsies*

11 observations

(Nos 166, 241, 342, 418. 421, 480, 538, 780, 834, 837, 1311).

Mortalité maternelle : 3 (observations 342, 421, 834, résumées au chapitre « Mortalité maternelle », page 83.

Nous résumons les 8 autres observations :

Obs. 166. — I pare, 28 ans. Bassin normal. Utérus fibromateux. Rupture précoce des membranes. Mort du fœtus à la 50e heure de travail. Basiotripsie à la 51e heure sur tête engagée, à dilatation petite paume. Température : 39°. Fœtus 3.560 gr. Placenta 490 gr., spontanément décollé. Chute de la température le deuxième jour. Suites normales.

Obs. 241. — I pare, 29 ans. Bassin normal. Rupture des mem-

branes pendant le travail. Fœtus mort à l'arrivée dans le service. Dilatation petite paume, travail durant depuis 84 heures. Température : 38°5. Basiotripsie sur tête fixée. Délivrance artificiellle immédiate. Fœtus :). Placenta : . Suites normales.

Obs. 418. — IV pare, 43 ans. Bassin rachitique. Psp : 9,5. Membranes rompues précocement. Deux applications de forceps en ville, sans résultat. A l'arrivée dans le service : enfant mort, dilatation petite paume, tête non engagée, cordon procident. Basiotripsie (2 prises). Fœtus 3.500 gr. Placenta 680 gr. Délivrance artificielle immédiate. Suites subfébriles. Sortie en bon état le 20e jour.

Obs. 480. — I pare, 40 ans. Bassin normal. Rupture prématurée des membranes. Dilatation stationnaire. Enfant mort au cours du travail. Basiotripsie à la 88e heures, sur tête engagée en droite postérieure. Température : 38°4. Fœtus 3.650 gr. Placenta 640 gr. Délivrance naturelle. Suites normales.

Obs. 538. — I pare, 37 ans. Bassin aplati transversalement. Rupture prématurée des membranes. Enfant mort au cours du travail. Pose d'un ballon. Basiotripsie à la 39e heure. Température : 38°2. Délivrance artificielle immédiate. Fœtus 2.450 gr. Placenta 420 gr. Suites normales.

Obs. 780. — I pare, 33 ans. Bassin rachitique. Dilatation stationnaire. Rupture précoce des membranes. Mort du fœtus au cours du travail. Deux circulaires serrés, anse latérocidente. A la 90e heure, basiotripsie sur tête engagée, à dilatation complète. Délivrance artificielle immédiate. Enfant 2.850 gr. Placenta 400 gr. Température : 38°. Suites normales.

Obs. 837. — I pare, 28 ans. — Bassin normal. Gros œuf (Hecht positif). Rupture précoce des membranes à dilatation

2 fr. Mort du fœtus au cours du travail. Température : 39°. Fœtus : 1.050 gr. Placenta : 750 gr. Délivrance artificielle immédiate pour hémorragie. Suites fébriles. Phlébite double le 9e jour. Immobilisation. Sortie guérie le 45e jour.

Obs. 1311. — III pare, 31 ans. Bassin normal. Gros œuf (Hecht positif). Rupture prématurée des membranes. Présentation du siège complet. Fœtus mort et macéré. Balon vaginal. Extraction du siège, suivi de bariotripsie sur tête dernière. Température 39°6. Fœtus macéré 4.300 gr. Délivrance artificielle immédiate. Placenta : 740 gr. Suites fébriles. Sortie en bon état le 30e jour.

e) *Embryotomie*

1 observation

L'observation 1610 est résumée au chapitre « Mortalité maternelle », page 91 (femme morte de shock après hémorragie, 6 heures après l'intervention).

f) *Symphyséotomie*

1 observation

Obs. 426. — II pare, 32 ans. Première gestation : enfant mort. Basiotripsie. Gestation actuelle : rupture précore des membranes. Présentation du front. Promontoire à 10,8, tête ne débordant pas. Enfant vivant (Bdc : 146).

M. Couvelaire conseille de pratiquer une symphyréotomie.

Opérateur : M. Levant. Anesthésie au chloroforme. Application du forceps par M. Couvelaire, prise en face. Extraction très facile d'une fille pesant 3.625 gr. en état de mort apparente, qui n'a pu être ranimée. Délivrance artificielle. Placenta : 600 grammes.

Petite déchirure de la portion inférieure de la vessie. Réparation de celle-ci, sonde à demeure.

Suites subfébriles. Chute de la température le 10e jour. Sortie en bon état le 51e jour.

g) *Opérations césariennes conservatrices*

21 observations

(Nos 127, 178, 435, 494, 522, 649, 654, 674, 749, 852, 944, 948, 1010, 1225, 1234, 1344, 1358, 1421, 1443, 1531, 1542.)

20 fois l'opération césarienne conservatrice fut pratiquée pour rétrécissement du bassin, dont 2 itératives (obs. 649 et 1542), 1 fois pour kyste de l'ovaire prævia, suivie de l'ablation du kyste (obs. 522, résumée page 73).

1 femme est morte d'embolie le 12e jour (obs. 1358, résumée page 88).

Obs. 127. — II pare, 21 ans. Premier accouchement : forceps au 8e mois, enfant vivant : 2.000 gr. Bassin rachitique généralement rétréci. Psp : 11 centimètres. Opération 2 heures après le début du travail. Membranes intactes.

Opérateur : M. Morisson-Lacombe. Anesthésie au chloroforme. Pas d'incident opératoire. Pas d'ergotine. Enfant vivant : 2.800 gr. Placenta : 550 gr. Suites normales.

Obs. 178. — I pare, 19 ans. Bassin rachitique généralement rétréci. Psp : 11 centimètres. Opération 23 heures après le début du travail. Membranes intactes.

Opérateur : M. Morisson-Lacombe. Anesthésie au chloroforme. Pas d'incident opératoire. Pas d'ergotine. Enfant vivant : 3.420 gr. Placenta : 450 gr. Suites normales.

Obs. 435. — I pare, 31 ans. Bassin rachitique canaliculé. Psp : 11 centimètres. Rupture prématurée des membranes. Opé-

ration immédiate. Opérateur : M. Powilewicz. Anesthésie au chloroforme. Pas d'incident opératoire. Pas d'ergotine. Enfant vivant : 3.480 gr. Placenta : 400 gr. Suites normales.

Obs. 494. — II pare, 25 ans. Première gestation : avortement de 3 mois. Bassin rachitique généralement rétréci. Psp : 10 centimètres. Opération 7 heures après le début du travail. Membranes intactes. Opérateur : M. Lévy-Solal. Anesthésie au chloroforme. Pas d'incident opératoire. Pas d'ergotine. Enfant vivant : 3.040 gr. Placenta : 420 gr. Suites normales.

Obs. 649. — II pare, 27 ans. Première gestation : césarienne conservatrice à Baudelocque. Bassin rachitique généralement rétréci. Psp : 10,7. Fœtus disposé obliquement. Opération césarienne conservatrice. Opérateur : M. Lévy-Solal. Anesthésie au chloroforme. Pas d'incident opératoire. Pas d'ergotine. Enfant vivant : 3.250 gr. Placenta : 520 gr. Suites normales.

Obs. 654. — I pare, 18 ans. Bassin rachitique généralement rétréci. Psp : 10,7. Opération au début du travail. Membranes intactes. Opérateur : M. Cleisz. Anesthésie au chloroforme. Pas d'incident opératoire. Pas d'ergotine. Enfant vivant : 2.840 gr. Placenta : 440 gr. Suites normales.

Obs. 674. — I pare, 25 ans. Bassin rachitique généralement rétréci. Promontoire accessible. Sacrum redressé. Opération 14 heures après le début du travail. Membranes intactes. Opérateur : M. Portes. Anesthésie au chloroforme. Pas d'incident opératoire. Pas d'ergotine. Enfant vivant : 2.980 gr. Placenta : 510 gr. Suites normales.

Obs. 749. — I pare, 16 ans. Bassin généralement rétréci. Psp : 9,4. Opération au début du travail. Membranes intactes. Opérateur : M. Lévy-Solal. Anesthésie au chloroforme. Pas d'in-

cident opératoire. Pas d'ergotine. Enfant vivant : 2.150 gr. Placenta : 480 gr. Suites normales.

Obs. 852. — II pare, 40 ans. Première gestation : accouchement prématuré provoqué à 8 mois 1/2. Enfant vivant. Bassin rachitique généralement rétréci. Psp : 9,9. Opération 4 heures après le début du travail. Membranes intactes. Opérateur : M. Powilewicz. Anesthésie au chloroforme. Pas d'incident opératoire. Pas d'ergotine. Enfant vivant : 3.320 gr. Placenta : 360 grammes. Suites normales.

Obs. 944. — II pare, 33 ans. Première gestation : accouchement spontané à terme, enfant vivant. Bassin rachitique généralement rétréci. Psp : 10.2. Opération 10 heures après le début du travail. Membranes intactes. Opérateur : M. Portes. Anesthésie au chloroforme. Pas d'incident opératoire. Pas d'ergotine. Enfant vivant : 2.990 gr. Placenta : 470 gr. Suites normales.

Obs. 948. — II pare. 39 ans. Première gestation : terminée par embryotomie. Bassin rachitique généralement rétréci, canaliculé. Psp : 8.9. Opération avant le début du travail. Membranes intactes. Opérateur : M. Powilewicz. Anesthésie au chloroforme. Pas d'incident opératoire. Pas d'ergotine. Enfant vivant : 3.1010 gr. Placenta, 390 gr. Suites normales.

Obs. 1010. — II pare. 29 ans. Première gestation : accouchement spontané à terme. Bassin généralement rétréci. Psp : 9,7. Opération au début du travail. Membranes intactes. Opérateur : M. Lévy-Solal. Anesthésie au chloroforme. Pas d'incident opératoire. Pas d'ergotine. Enfant vivant : 3.400 gr. Placenta : 560 gr. Suites normales.

Obs. 1225. — II pare. 28 ans. Première gestation : accouchement prématuré de 8 mois. Enfant vivant. Bassin rachitique généralement rétréci. Psp : 10.1. Rupture prématurée des mem-

branes. Opération immédiate. Opérateur : M. Levant. Anesthésie au chloroforme. Pas d'incident opératoire. Pas d'ergotine. Envant vivant : 2.800 gr. Placenta : 560 gr. Suites normales.

Obs. 1234. — IV pare, 40 ans. Gestations antérieures : 1 avortement, 2 basiotripsies. Bassin rachitique généralement rétréci. Rupture prématurée des membranes. Opération immédiate. Opérateur : M. Powilewicz. Anesthésie au chloroforme. Pas d'incident opératoire. Pas d'ergotine. Enfant vivant : 3.350 gr. Placenta, 620 gr. Suites normales.

Obs. 1344. — I pare, 27 ans. Bassin rachitique généralement rétréci. Psp : 11. Opération 40 heures après le début du travail.. Membranes intactes. Opérateur : M. Powilewicz. Anesthésie au chloroforme. Pas d'incident opératoire. Pas d'ergotine. Enfant vivant : 3.200 gr. Placenta : 670 gr. Suites normales.

Obs. 1421. — I pare, 26 ans. Bassin rachitique généralement rétréci. Psp : 10,1. Opération 18 heures après le début du travail. Membranes intactes. Opérateur : M. Powilewicz. Anesthésie au chloroforme. Pas d'incident opératoire. Pas d'ergotine. Enfant vivant : 3.400 gr. Placenta : 600 gr. Suites normales.

Obs. 1443. — I pare, 24 ans. Bassin rachitique généralement rétréci, canaliculé. Psp : 10,2. Opération au début du travail. Membranes intactes. Opérateur : M. Portes. Anesthésie au chloroforme. Pas d'incident opératoire. Pas d'ergotine. Enfant vivant : 3.850 gr. Placenta : 600 gr. Suites normales.

Obs. 1531. — I pare, 18 ans. Bassin rachitique généralement rétréci. Psp : 9,6. Opération au début du travail. Membranes intactes. Opérateur : M. Powilewicz. Anesthésie au chloroforme. Pas d'incident opératoire. Pas d'ergotine. Enfant vivant : 2.900 gr. Placenta : 530 gr. Suites normales.

Obs. 1342. — II pare, 30 ans. Première gestation : césarienne conservatrice à Baudelocque. Bassin rachitique généralement rétréci. Promontoire à bout de doigt. Rupture prématurée des membranes. Opération césarienne conservatrice itérative immédiate. Opérateur : M. Powilewicz. Anesthésie au chloroforme. Pas d'incident opératoire. Pas d'ergotine. Enfant vivant : 2.850 grammes. Placenta : 400 gr. Suites subfébriles. Suppuration légère de la cicatrice. Sortie en bon état le 51e jour.

h) *Opérations césariennes suivies d'hystérectomie*

4 observations

(Nos 413, 528, 694, 1411.)

Mortalité maternelle : 0.
Mortalité infantile : 0.

Obs. 413. — IV pare, 25 ans. Gestation antérieure : accouchements spontanés à terme. Tumeur rectale néoplasique comblant l'excavation en arrière. Rupture prématurée des membranes. Opération césarienne suivie d'hystérectomie supravaginale. Opérateur : M. Lévy-Solal. Anesthésie au chloroforme. Pas d'incident opératoire. Enfant vivant : 3.580 gr. Placenta : ? Suites fébriles. Sortie en bon état le 24e jour.

Obs. 528. — IV pare, 38 ans. Col en situation anormale avec noyaux cicatriciels produits par des cautérisations antérieures. Rupture prématurée des membranes. Césarienne suivie d'hysterectomie 31 heures après la rupture des membranes. Opérateur : M. Lévy-Solal. Anesthésie au chloroforme. Enfant vivant : 4.300 gr. Placenta, 520 gr. Suites opératoires. Le 21e jour, point de côté droit. Dyspnée, crachats hémoptoïques. Température 39°. Pouls 100. Amélioration les jours suivants. Le 54e jour : œdème du membre inférieur gauche avec hydarthrose du genou. Pouls : irrégulier. Sortie guérie le 66e jour.

Obs. 694. — I pare, 34 ans. Fibrôme praevia remplissant l'excavation. Rupture prématurée des membranes. Opération césarienne suivie d'hystérectomie supravaginale. Opérateur : M. Lévy-Solal. Anesthésie au chloroforme. Hémorragie abondante au cours de l'intervention. Enfant vivant : 3.000 gr. Placenta : 410 gr. Suites normales.

Obs. 1411. — II pare, 36 ans. Rétrécissement du rectum, bas situé. Anus iliaque. Col avec noyaux scléreux. Opération césarienne suivie d'hystérectomie supravaginale, au début du travail. Opérateur : M. Portes. Anesthésie au chloroforme. Anus iliaque fermé temporairement, libéré 4 jours après l'intervention. Enfant vivant : 3.300 gr. Placenta ? Suites normales.

i) *Hystérectomie en bloc au cours du travail*

Obs. 1445. — VIII pare, 40 ans. Entre au début du 7e mois. Métrorragies depuis le début de la gestation. Membranes rompues depuis 48 heures. Utérus mou. Bruits du cœur non perçus. Mise en observation. Persistance des hémorragies. M. Couvelaire, en présence de la température (38°), de l'œuf ouvert, des hémorragies dues à une insertion basse du placenta, décide une intervention. Des cicatrices scléreuses au niveau du col font rejeter toute intervention par voie basse. Hystérectomie subtotale sans ouverture préalable de l'utérus. Opérateur : M. Powilewicz. Anesthésie au chloroforme. Suites normales.

j) *Kystes de l'ovaire opérés au cours du travail*

2 observations

Obs. 50. — I pare, 20 ans. Entre à la clinique au cours du 9e mois. Hauteur utérine : 31 centimètres. Tête élevée, mobile fuyant dans la fosse iliaque. Enfant vivant. Au toucher : tumeur séparée de l'utérus, occupant la partie haute de l'excavation. Intervention au début du travail (dilatation : 0 fr. 50). Opérateur : M. Lévy-Solal. Anesthésie au chloroforme. Laparotomie

médiane. Extériorisation de l'utérus. Enucléation de la tumeur tout entière située dans l'excavation. Section entre deux clamps de la masse amnexielle gauche. Péritonisation. Réintégration de l'utérus, etc. Travail régulier. Forceps en OP à dilatation complète. Enfant vivant : 2.920 gr. Délivrance naturelle. Placenta : 370 gr. Suites normales.

Obs. 322. — I pare. 23 ans. Kyste de l'ovaire praevia. Opération césarienne conservatrice au début du travail. Membranes intactes. Ablation du kyste. Opérateur : M. Lévy-Solal. Anesthésie au chloroforme. Pas d'incident opératoire. Pas d'ergotine. Enfant vivant : 3.700 gr. Placenta : 450 gr. Suites normales.

3° Délivrance

Délivrance artificielle

69 observations

(N°s 17. 25. 56. 96. 111. 210. 231. 241. 342. 348. 358. 359. 408. 411. 418. 421. 426. 433. 452. 460. 469. 538. 566. 584. 609. 779. 780. 815. 823. 834. 837. 840. 862. 877. 892. 912. 930. 1002. 1026. 1070. 1105. 1115. 1146. 1207. 1240. 1265. 1311. 1312 *bis*. 1320. 1324. 1328. 1339. 1342. 1365. 1376. 1378. 1431. 1455. 1474. 1519. 1527. 1535. 1577. 1583. 1587. 1605. 1610. 1646. 1667.)

On pratiqua la délivrance artificielle :

35 fois pour hémorragie de la délivrance (obs. 1378. Mort par hémorragie et shock. résumée page 88) ;

15 fois pour défaut de décollement du placenta deux heures après l'expulsion du fœtus;

9 fois après une basiotripsie (obs. 241, 418, 538, 780, 837. 1311. résumées au chapitre « Basiotripsies », et obs. 342. 421. 834. résumées au chapitre « Mortalité maternelle »);

4 fois après une version par manœuvres internes (obs. 348, 815, 877, 1555);

1 fois après une embryotomie (obs. 1610. Mort de la femme. Voir page 91);

4 fois après une application de forceps à la suite d'un travail prolongé (obs. 426, 584, 1002, 1105);

1 fois chez une femme accouchée avant son entrée à la clinique, morte 22 jours après par infection (obs. 210, résumée page 82).

Mortalité : 6. Dans les 5 cas de morts concernant des femmes accouchées dans le service, la cause de la mort ne relève pas exclusivement de la délivrance artificielle.

Les suites de couches furent fébriles dans 26 cas (obs. 1474, phlébite du membre inférieur gauche, résumée page 79), normales dans 37 cas.

4° Post-partum et post-abortum

a) *Ovariotomie 7 semaines après l'accouchement*

1 observation

Obs. 1156. — I pare, 22 ans. Pas de trouble antérieur à la gestation. Rupture prématurée des membranes au cours du 9e mois. Abdomen volumineux, étalé. Grosse masse fluctuante indépendante de l'utérus. Diagnostic : kyste de l'ovaire.

Accouchement spontané. Enfant vivant : 2.950 gr. Délivrance naturelle. Placenta : 610 gr. Suites de couches normales. Ablation du kyste 7 semaines après l'accouchement. Opérateur : M. Lévy-Solal. Anesthésie au chloroforme. Pas d'incident opératoire. Suites normales.

b) *Hystérectomie pour infection*

2 observations

Obs. 210. — Femme accouchée en ville, entrée à la clinique 6 heures après non délivrée. Infection puerpérale, hystérectomie vaginale le 4e jour. Mort 18 jours après l'intervention (résumée page 82).

Obs. 1495. — Avortement au cours du 4e mois. Infection. Hystérectomie supravaginale le 10e jour. Mort 17 jours après l'intervention (voir page 89).

CHAPITRE VIII

Gestations ectopiques

9 observations

Toutes ces femmes ayant une gestation ectopique de moins de 3 mois, furent opérées et sortirent guéries de la clinique.

5 gestations ectopique non rompues (ablation unilatérale des annexes);

2 gestations ectopiques rompues (ablation unilatérale des annexes);

2 gestations ectopiques avec annexite opposée (hystérectomie supravaginale).

CHAPITRE IX

Pathologie des suites de couches

1° Infections utérines

a) 85 femmes présentèrent dans les suites de couches des signes d'infection bénigne.

47 d'entre elles avaient subi une intervention au moment de l'accouchement : 19 forceps, 25 délivrances artificielles, 2 basiotripsies, 1 version.

Ces infections durèrent 10 jours en moyenne.

Le traitement consista en sérothérapie antistreptococcique et en application de glace sur l'abdomen.

Dans un seul cas on intervint localement :

Obs. 857. — I pare, 26 ans. Gestation normale, accouchement spontané à terme. Rupture précoce des membranes. Enfant vivant : 3.350 gr. Délivrance naturelle. Placenta : 640 gr. Le 5e jour : température 40°, pouls 120. Curage digital ramenant quelques débris placentaires, injection intra-utérine. Chute de la température le lendemain. Suites normales. Sortie en bon état 14 jours après l'accouchement.

b) 12 femmes, dont 10 accouchées à la clinique, présentèrent une phlébite des membres inférieurs : obs. 9, 186, 344, 491, 528, 837, 1367, 1467, 1474, 1530, 1555 *bis*, 621 *bis*.

Deux de ces femmes étaient accouchées en ville : obs. 1555 *bis* (résumée page 56) et obs. 621 *bis* (morte d'embolie, résumée page 92).

Parmi les 10 autres : 5 ruptures prématurées, 2 ruptures précoces des membranes, 2 délivrances artificielles, 2 forceps, 1 basiotripsie (obs. 837, résumée page 65), 1 césarienne suivie d'hystérectomie (obs. 528, résumée page 71).

Obs. 9. — I pare, 37 ans. Sommet spontané à terme. Enfant vivant : 1.375 gr. Délivrance naturelle. Placenta : 330 gr. Membranes rompues 22 heures avant le début du travail. Le 6e jour : œdème des membres inférieurs, dissociation du pouls et de la température. Immobilisation. 24e jour : point douloureux au côté droit et dans la région précordiale. Immobilisation absolue. Enveloppement sinapisé, huile camphrée. Amélioration à partir du 34e jour. Sortie en bon état le 129e jour.

Obs. 186. — II pare, 26 ans. Rupture tempestive des membranes. Accouchement spontané à terme. Enfant vivant : 3.450 gr. Délivrance naturelle, placenta : 640 gr. Le 4e jour : frissons. Le 9e jour : douleur et œdème du membre inférieur gauche. Accélération du pouls. Immobilisation. Sérothérapie antistreptococcique. Sortie guérie le 33e jour.

Obs. 344. — VI pare, 32 ans. Rupture tempestive des membranes. Accouchement spontané à terme. Enfant vivant : 4.000 grammes. Délivrance naturelle. Placenta : 630 gr. Le 7e jour : douleur et œdème des deux membres inférieurs. Immobilisation, glace abdominale. Accélération du pouls et température sub.

fébrile les jours suivants. Amélioration à partir du 19e jour. Sortie sur sa demande le 29e jour.

Obs. 491. — I pare, 23 ans. Rupture tempestive des membranes. Accouchement spontané à terme. Enfant vivant : 3.800 grammes. Délivrance naturelle. Placenta : 500 gr. Le 4e jour : œdème des deux membres inférieurs. Accélération du pouls. A partir du 5e jour : température 40°. Pouls 120. Œdème prédominant à gauche. Immobilisation. Glace. Sérum antistreptococcique. Les jours suivants : point de côté droit. Toux hémoptoïque. Le 9e jour : subdélire. Amélioration générale le 11e jour : chute du pouls et de la température. Sortie guérie 71 jours après l'accouchement.

Obs. 1367. — I pare, 26 ans. Hospitalisée au 8e mois pour pyélonéphrite droite. Colibacille dans les urines. Rétention d'urine. Traitée par la distension vésicale. Rupture prématurée des membranes. Accouchement prématuré au 8e mois. Enfant vivant : 2.950 gr. Délivrance naturelle. Placenta : 480 gr. Le 14e jour : phlébite du membre inférieur gauche. Persistance du colibacille dans les urines.

Sortie guérie 47 jours après l'accouchement.

Obs. 1467. — I pare, 26 ans. Rupture prématurée des membranes 24 heures avant le début du travail. Accouchement spontané à terme. Enfant vivant : 3.130 gr. Délivrance naturelle. Placenta : 590 gr. Le 7e jour : température 39°. Pouls 120. Immobilisation prolongée. Six semaines après l'accouchement : point de côté, dyspnée. Nouvelle crise de suffocation 2 mois 1/2 après l'accouchement. Amélioration dans les semaines suivantes. Massage. Sortie en bon état 5 mois après l'accouchement.

Obs. 1474. — I pare, 22 ans. Rupture précoce des membranes. Forceps pour souffrance fœtale. Enfant vivant : 4.100 gr. Délivrance artificielle. Placenta : 650 gr. Le 7e jour : douleur

membre inférieur gauche. Température 39°2. Pouls 116. Immobilisation. Les jours suivants : douleur, pas d'œdème, hydarthrose légère du genou gauche. Jusqu'au 37e jour : pouls à 100. Amélioration à partir du 38e jour.

Sortie guérie le 60e jour.

Obs. 1530. — I pare, 40 ans. Rupture prématurée des membranes 2 heures avant le début du travail. Travail lent (61 heures). Forceps pour souffrance fœtale. Enfant vivant : 3.120 gr. Délivrance naturelle. Placenta : 700 gr. Le 10e jour, œdème de la jambe gauche. Elévation de la température locale. Hydarthrose. Température 38°. Pouls 80. Immobilisation. Sortie guérie 54 jours après l'accouchement.

c) 1 femme mourut d'embolie le 12e jour après des suites de couches en apparence normales (obs. 1140, résumée page 87).

d) Une femme présenta une septicémie streptococcique coïncidant avec une pyélite à coli-bacilles :

Obs. 603. — I pare, 28 ans. Gestation normale. Rupture prématurée des membranes 4 heures avant le début du travail, 19 heures avant l'expulsion. Accouchement spontané à terme. Enfant vivant : 3.100 gr. Délivrance naturelle. Placenta : 450 grammes. Le 6e jour, température 40°, pouls 120. Utérus mou, lochies fétides. Glace. Sérothérapie antistreptococcique. Le 15e jour : pus dans les urines. Bactériurie (culture positive). Douleur dans la région lombaire gauche. Température à grandes oscillations. Pouls 90-100. Le 30e jour : arthralgie du genou gauche, avec hydarthrose.

Hémoculture : streptocoques ++. Culture du liquide de ponction : streptocoques ++.

Les jours suivants : température oscillante mais moins élevée. Amélioration locale. Urines plus abondantes. Pyurie persistante.

Sortie sur sa demande le 80e jours ayant encore du pus dans ses urines.

e) 8 femmes présentèrent une septicémie grave terminée par la mort :

1 avortement (obs. 1495, résuméé page 89);

5 femmes accouchées dans le service (obs. 403, 421, 697, 834, 1572);

1 femme accouchée chez une sage-femme agréée (obs. 623 *bis*);

1 femme accouchée en ville (obs. 210).

2° Infections mammaires

69 femmes présentèrent dans les suites de couches une lymphangite mammaire, unilatérale ou bilatérale. Ces lymphangites furent guéries rapidement dans 63 cas. Elles furent traitées par des pansements humides chauds et des injections de vaccin antistaphylococcique. Dans 6 cas, il y eut abcès (obs. 145, 435, 700, 1091, 1346, 1621). L'abcès incisé fut drainé soit par des faisceaux de crins de Florence, soit par des drains de caoutchouc.

Toutes les femmes furent guéries en moins de 15 jours.

CHAPITRE X

Mortalité maternelle

20 femmes sont mortes à la clinique.

10 sont mortes d'infection :

2 par embolie : l'une était accouchée chez une sage-femme agréée (obs. 621 *bis*); l'autre, accouchée dans le service, avait eu des suites de couches en apparence normales (obs. 1140);

8 par septicémie : 1 accouchée en ville (obs. 210), 1 accouchée chez une sage-femme agréée (obs. 623 *bis*); des 6 autres femmes, l'une avait fait un avortement au cours du 4e mois (obs. 1495), 2 avaient subi une basiotripsie (obs. 421 et 834), 3 avaient accouché spontanément à terme à la clinique (obs. 403, 697, 1572).

Accouchée en ville. Infection puerpérale. Hystérectomie vaginale Mort dix-huit jours après

Obs. 210. — I pare, 24 ans. Rien dans les antécédents. Accouchée seule en ville. Enfant pesant 3.850 gr. mort d'hémorragie

(pas de ligature). Femme arrivée non délivrée 6 heures après l'accouchement. Température 37°. Pouls 100. Pas d'hémorragie. Délivrance artificielle immédiate. Placenta : 630 gr. Sérum antistreptococcique. Glace sur le ventre. Le 3e jour : frissons. Température 40°. Pouls 140. Hystérectomie vaginale le 4e jour. Les jours suivants : pas d'amélioration. Température 39°. Pouls 120. Météorisme abdominal. Mort 18 jours après l'intervention.

Autopsie. — Cavité abdominale remplie de pus. Estomac, anses grêles, colons dilatés. Péritoine pelvien altéré : perforation punctiforme faisant communiquer le vagin avec le petit bassin.

Fièvre typhoïde

Obs. 263. — III pare, 40 ans, 1 enfant vivant, 1 avortement. 3e gestation : entre à la clinique au 6e mois à dilatation complète. Expulsion spontanée d'un fœtus mort et macéré pesant 740 gr. Délivrance spontanée 4 heures après. Placenta : 150 gr. Suites apyrétiques. Sort en bon état le 13e jour. Hecht négatif. Rentre à la clinique le 26e jour. Fièvre, hémorragie intestinale la nuit précédente. Température 39°-40°. Appareil génital normal. Examen du sang : 20.000 leucocytes (95 p. 100 de poly) par mm3. Sérodiagnostic et hémoculture négatifs.

Le 38e jour : température 37°8. Selle diarrhéique, malaise, pâleur subite, mort en quelques minutes.

Autopsie. — Poumons congestionnés, adhérences pleurales. Foie volumineux, dégénérescence graisseuse. Estomac : piqueté hémorragique sur la muqueuse. Intestin grêle : quelques plaques de Peyer ulcérées dans la portion terminale de l'iléon.

Utérus et annexes normaux. Pas de lésion phlébitique apparente dans les veines périutérines.

Amenée mourante à la clinique

Obs. 342. — I pare, 27 ans. Rachitisme. Bassin généralement rétréci. Psp : 9,3. Femme ayant subi chez elle plusieurs tentatives de forceps.

A l'arrivée : HU : 34 c/m. Utérus contracturé. Pas d'hémorragie. Pouls non perceptible. Température 37°7. Douleurs abdominales, crépitation gazeuse. Deux déchirures du col s'étendant aux culs de sac. Enfant mort.

Basiotripsie sous anesthésie chloroformique. Fœtus : 3.500 grammes. Délivrance artificielle immédiate. Mort de la femme 5 minutes après.

Autopsie refusée.

Accouchement spontané à terme. Infection. Mort le 22e jour

Obs. 403. — III pare, 30 ans. 1 enfant vivant, 1 avortement. 3e gestation normale. Accouchement spontané à terme. Enfant vivant : 3.800 gr. Placenta : 650 gr. (délivrance naturelle). Le 4e jour : frisson. Température 40°. Pouls 120. Empâtement douloureux des fosses iliaques. Ventre ballonné. Utérus ferme, peu douloureux.

Le 5e jour ; expulsion d'un caillot.

Le 13e jour : foyer de râles sous-crépitants à la base gauche. La température et le pouls restent élevés. La femme meurt le 22e jour.

Autopsie refusée.

Rachitisme. Présentation du Front. Physométrie. Basiotripsie Infection puerpérale. Mort le 63e jour

Obs. 421. — II pare, 34 ans. Bassin rétréci. Psp : 10,3. 1er accouchement : forceps, enfant mort. Rupture prématurée des membranes 11 heures avant le début du travail. Durée de dilatation : 58 heures. A dilatation complète : présentation du front. Bruits du cœur non perçus. Basiotripsie. Extraction d'un fœtus pesant 2.950 gr. Physométrie. Injection intraovulaire, délivrance artificielle. Placenta 750 gr. Injection intra-utérine. Température : 37°8. Pouls 130. Serum antistreptococcique.

Le quatrième jour, frisson. Température 40°. Pouls 168. Sérothérapie antistreptococcique poursuivies les jours suivants. Pas d'amélioration.

Le 40e jour, pleurésie droite. Culture du liquide de ponction : streptocoques. Sérum antistreptococcique intra-pleural et intraveineux à partir du 48e jour. Fièvre à grandes oscillations. Frissons. Crises de suffocation.

Le 59e jour, langue sèche. Subdélire. Incontinence des matières et des urines.

La femme meurt le 63e jour.

Autopsie. — Liquide brunâtre dans la plèvre et dans le péricarde. Adhérences au niveau de la plèvre droite. Foyers de broncho-pneumonie dans tout le poumon droit. Foie : muscade. Rate grosse et difluente. Reins : gros et blancs. Utérus : gros, mous, muqueuse épaissie. Col long, largement ouvert. Annexes : rien à noter.

Péritonite purulente antérieure à l'accouchement. Mort 17 heures après l'accouchement

Obs. 686. — I pare, 27 ans. Crises gastriques depuis l'âge de 19 ans. Vomissements durant toute la gestation. Jamais d'hématémèse. A l'entrée : température 38°4. Pas d'albuminerie : T. A. 15/9.

Gestation au cours du 7e mois. Dilatation 1 fr.

Expulsion d'un fœtus de 1.600 gr. Délivrance naturelle. Placenta 275 gr.

Pendant l'expulsion et 2 heures après la délivrance : vomissements marc de café, ventre ballonné, hoquet.

Sérum glucosé (goutte à goutte rectal).

15 heures après l'accouchement : température 38°4. Pouls mal frappé à 120. Dyspnée. Urines rares et albumineuses. Utérus rétracté normalement.

Mort de la femme 17 heures après l'accouchement.

Autopsie. Péritonite purulente. Pas de lésion appendiculaire, utérine ou annexielle. Pas de perforation intestinale ou gastrique.

Infection puerpérale. Mort 27 jours après l'accouchement

Obs. 697. — I pare, 20 ans. Rien dans les antécédents. Gestation normale. Accouchement spontané à terme (rupture tempestive des membranes). Enfant vivant 3.650 gr. Délivrance naturelle. Placenta 680 gr. Suites de couches : fébriles les 10 premiers jours (lymphangite du sein). Sortie en bon état le 16e jour. Le 20e jour, rentre à la clinique. Température 40°5. Frisson. Fosse iliaque droite empâtée et douloureuse à la palpation. Glace sur le ventre.

Les jours suivants : même température. Femme prostrée, lèvres fuligineuses, langue sèche. Hyperesthésie cutanée, surtout abdominale. Glace. Huile camphrée. Le 26e jour, même état de prostration. Incontinence des matières et des urines. Taches purpuriques au niveau de l'abdomen.

Mort de la femme 27 jours après l'accouchement.

Autopsie refusée.

Physométrie. Basiotripsie. Infection. Mort le 5e jour

Obs. 834. — I pare, 32 ans. A l'entrée, œdème des mains et des membres inférieurs. Pas d'albuminerie.

Rupture précoce des membranes, enfant vivant.

A dilatation petite paume : température 38°6. Pouls 110. Liquide très fétide, physométrie. Bruit du cœur non perçus. Dilatation stationnaire.

Basiotripsie après 76 heures de travail. Fœtus.

Délivrance artificielle. Placenta.

Le 3e jour, température 40°. Pouls 120. Le 5e jour, dyspnée intense, pouls à 140, irrégulier. Faciès terreux, lèvres cyanosées, météorisme abdominal. La femme entre dans le coma et meurt en quelques heures.

Autopsie. — Péritonite purulente. Estomac et anses grêles dilatés. Utérus très mou avec zones hémorragiques. Pas d'escane.

Syndrome d'ictère grave chez une syphilitique traitée. Mort 5 heures après l'accouchement

Obs. 958. — III pare, 24 ans. 1 avortement, 1 enfant mort à 21 jours. 3e gestation. Réaction de Hecht positive. Série de novarsenobenzol commencée. Entre au cours du 7e mois, trois semaines après la douzième piqûre. Syndrome d'ictère grave, urines biliaires, foncées et albumineuses. Torpeur. Foie non palpable. Température 36°6. Pouls 120. T. A. 12/9.

Eau lactosée. Adrénaline.

Le lendemain : acétone dans les urines. Selles décolorées.

Expulsion d'un fœtus mort-né pesant 1.540 gr. Placenta 450 gr.

Les heures suivantes : ictère plus marqué, vomissements noirâtres. Pupilles dilatées. Pouls 150-160. Coma. Mort de la femme 5 heures après l'accouchement.

Autopsie refusée.

Mort subite 12 jours après l'accouchement

Obs. 1140. — II pare, 33 ans. 1re gestation : éclampsie du travail, enfant vivant. Appendicectomie au cours du 4e mois de la 2e gestation, normale. Pas d'albuminerie. Rupture prématurée des membranes 36 heures avant le début du travail. Accouchement au cours du 8e mois. Enfant vivant 2.780 gr. Délivrance naturelle, placenta 430 gr.

Suites de couches apyrétiques. Parfaite santé apparente jusqu'au 12e jour. Brusquement syncope, pâleur, dyspnée, pouls mal frappé, mais non rapide.

Huile camphrée, oxygène, onabaïne.

La femme meurt quelques instants après dans une deuxième syncope. Autopsie refusée.

Vomissements graves. Accouchement provoqué. Mort 9 heures après l'accouchement

Obs. 1349. — I pare, 16 ans. Gestation au cours du 7e mois. Vomissements depuis le début, graves depuis huit jours.

Subictère, déshydratation extrême. Oligurie. Pouls 125. Dilatation 2 fr. Ballon (450 centimètres cubes). Sérum glucosé.

Expulsion d'un fœtus pesant 1.630 gr. Délivrance naturelle, placenta 300 gr.

5 heures après l'accouchement : pouls 180, mal perçu. Malgré le traitement mis en œuvre (huile camphrée, sérum glucosé intraveineux. Adrénaline, goutte à goutte rectal de sérum salé hypertonique), la femme meurt 9 heures après l'accouchement.

Opération césarienne conservatrice. Embolie le 12e jour. Mort.

Obs. 1358. — I pare, 37 ans. Bassin rachitique généralement rétréci. Psp : 10,7. Rupture prématurée des membranes 6 jours avant le début du travail. Césarienne conservatrice au début du travail. Opérateur : M. Portes. Anesthésie au chloroforme. Pas d'incident opératoire.

Le 9e jour, frisson. Température 38°5. Pouls 140.

Le 10e jour, syncopes, dyspnée, point de côté gauche. Ozygène. Digitaline. Huile camphrée.

Le 11e jour, réthisme cardiaque. Syncopes. Mort de la femme le 12e jour. Autopsie refusée.

Accouchement spontané à terme. Délivrance artificielle pour hémorragie. Shock. Mort 5 heures après l'accouchement.

Obs. 1378. — I pare, 18 ans. Au cours du 9e mois, albuminerie : 0 gr. 50. T. A. 16/10. Accouchement spontané à terme. Enfant vivant 3.400 gr. Délivrance artificielle 1 heure et demie après pour non décollement du placenta et hémorragie légère. Pouls mal frappé à 120-128. Utérus mal rétracté, facies pâle. Injections intra-utérines à 50° (12 litres), ergotine. A ce moment, syncope, pouls non perçu, facies complètement décoloré.

Toni-cardiaques, oxygène, draps chauds. On parvient à ranimer la femme.

Dans les heures qui suivent, pouls alternativement régulier et imperceptible. Deux heures et demie après la délivrance, amélioration nette. Pouls bien frappé à 130, respiration calme.

Cinq heures quarante-cinq après la délivrance, aggravation subite. La femme est froide, cyanosée, dyspnéique. Pouls imperceptible. Huile camphrée. Oxygène, sérum adrénaliné. Ouabaïne intra-veineuse. On ne parvient pas à ranimer la femme et elle meurt six heures quarante-cinq après la délivrance.

Le placenta pesait 480 gr. et présentait de nombreux imparétus.

Autopsie. Foie pâle, décoloré. Taches ecchymotiques sous-glissoniennes. Au niveau de ces taches, le parenchyme présente des foyers hémorragiques.

Histologie. Congestion des vaisseaux de la périphérie du lobule. Peu ou pas de stéatose.

Infection post-abortive. Hystérectomie supravaginale le 10e jour. Mort le 27e jour

Obs. 1495. — I Pare, 29 ans. Avortement au cours du 4e mois, sans cause connue. Délivrance spontanée 2 heures après l'expulsion du fœtus.

Le 6e jour, température 39°5. Pouls 120. Frisson. Langue sèche, trémulante. Aucun signe local. Hémoculture négative. Sérothérapie antistreptococcique.

Le 10e jour, diarrhée et vomissements. Tympanisme abdominal. Pas de matité dans les flancs. Palpation non douloureuse. Rien au toucher vaginal.

M. Couvelaire décide une hystérectomie vaginale.

Opérateur : M. Portes. Anesthésie au chloroforme.

Des adhérences du rectum à la face postérieure de l'utérus et l'impossibilité d'abaisser l'utérus imposent l'abandon de la voie vaginale. Une laparotomie sous-ombilicale fait alors consta-

ter l'adhérence à l'S iliaque épaissi et lardacé des annexes gauches remplies de pus.

Hystérectomie supra-vaginale classique. Hémostase difficile. Péritonisation impossible (adhérence du péritoine vésical à l'S iliaque). Drainage abdominal et vaginal.

Pouls très faible à la fin de l'opération. Adrénaline, camphre, spartéine, sérum.

6 jours après l'opération, température 39°. Pouls 110.

15 jours après l'opération, aggravation de l'état général, délire. La femme meurt 17 jours après l'opération, 27 jours après l'avortement.

Autopsie refusée.

Infection, péritonite. Laparotomie le 32e jour. Mort le 36e jour

Obs. 1572. — II pare, 24 ans. 1re gestation, enfant vivant. 2e gestation. Au début du 9e mois, rupture prématurée des membranes 5 heures avant le début du travail. Accouchement spontané. Enfant vivant 2.420 gr. Délivrance naturelle. Placenta 490 gr.

Suites de couches normales au début.

Du 23e au 25e jour, la femme expulse de gros caillots. Le 31e jour, douleur abdominale brusque et violente. Défense musculaire surtout au niveau de la fosse iliaque droite. Glace sur le ventre.

Le 32e jour, température 40°. Pouls 140. Symptômes de péritonite généralisée : vomissements. Abdomen tendu. Hoquet.

Intervention. Opérateur : M. Levant. Anesthésie au chloroforme.

Laparotomie. A l'ouverture, issue abondante de pus bien lié, non fétide. Utérus et annexes sains. Drainage.

Les jours suivants : température 40°. Pouls 120-140. Météorisme. Agitation. Mort 4 jours après l'opération, 36 jours après l'accouchement.

Autopsie. Point de départ de la péritonite impossible à retrouver. Appendice absolument sain, ainsi que tout le tube digestif.

Embryotomie, hémorragie après la délivrance. Shock.
Mort 3 heures après l'accouchement

Obs. 1610. — IV pare, 27 ans. 2 avortements, 1 enfant vivant. 4e gestation. Rupture prématurée des membranes au cours du 7e mois, 18 jours avant le début du travail. Présentation transversale d'un fœtus vivant. Versions par manœuvres externes tentées sans succès. Procidence du cordon au début du travail. Dilatation du col aux bougies de Hegar et pose d'un ballon de Champetier de Ribes. B. D. C. non perçus après l'intervention.

A dilatation complète : embryotomie, gênée par une insertion basse du placenta, suivie d'une délivrance artificielle. Fœtus . Placenta .

Injection intra-utérine à 30°. Pouls à 100-120 bien frappé.

3 heures après l'intervention : facies décoloré, extrémités froides, nez pincé. Lèvres cyanosées, dyspnée intense. La femme a perdu, mais ne perd plus. Utérus bien rétracté, ventre souple, pas de matité dans les flancs.

Spartéine, huile camphrée, oxygène, sérum sans résultat. La femme meurt en quelques minutes.

Autopsie. A l'ouverture, péritoine, utérus et annexes normaux.

Section de l'utérus, examen de l'endométrie : ulcération large comme une pièce de 5 fr. au niveau des segments inférieurs (face postérieure), muqueuse déchirée au niveau de la face antérieure (lambeau de 5 à 6 centimètres).

Vomissements graves et polynévrite. Accouchement provoqué.
Mort 24 heures après l'intervention

Obs. 1619. — II pare, ans. 1er accouchement à terme, vomissements pendant toute la gestation.

2e gestation, envoyée de l'hôpital Cochin au 6e mois.

Vomissements à partir du 2e mois, irréguliers. Il y a trois semaines, apparition de troubles paraplégiques (Wassermann

négatif, sang et liquide C. R.). Aspect asthénique, facies amaigri et grippé. Pouls 136. T. A. 12/9.

Hypotonie musculaire, avec atrophie au niveau des membres inférieurs. Sensibilité douloureuse de deux côtés. Retard à la perception. Réflexes abolis. Diagnostic : polynévrite frappant les deux membres inférieurs avec prédominance légère au niveau des péroniers latéraux droits. Atteinte légère du membre supérieur gauche.

M. Couvelaire décide l'interruption de la gestation.

Opérateur : Powilewicz. Pas d'anesthésie. Dilatation du col aux bougies de Hegar. Pose d'un ballon intra-utérin de 500 centimètres cubes.

14 heures après, dilatation 5 fr. Vu l'état grave de la femme,, on retire le ballon et on procède à l'extraction. Fœtus 940 gr. Délivrance artificielle immédiate. Placenta 250 gr.

Polypnée 70. Pouls 140. Vomissements.

Sérum glucosé. Adrénaline. Le lendemain, reprise des vomissements, agitation, mort de la femme 24 heures après l'intervention.

Autopsie. Foie : dégénérescence graisseuse. Rein gauche kystique.

Infection. Phlébite. Embolie. Mort le 51e jour

Obs. 621 *bis*. — I pare, 34 ans. Accouchée à terme chez une sage-femme agréée (forceps). Enfant 3.500 gr., vivant. Rentrée chez elle le 11e jour. Rentre à la clinique le 21e jour : température 38°2. Pouls 120. Femme pâle, asthénique, escane fessière. Pas douleur au niveau du ventre. Sérum antistreptococcique. Les jours suivants : pouls 90. Température 37°. Le 32e jour : œdème des deux jambes avec hydarthrose à droite. Dyspnée intense. Pouls 100. Immobilisation, huile camphrée, digitaline. Le 37e jour, gros œdème du bras droit. Dyspnée de plus en plus marquée les jours suivants, faiblesse extrême. Le 45e jour, frisson. Dyspnée continue. Température 37°-38°. Pouls 100. Le 51e jour : pouls 120. Subdélire. Mort de la femme.

Autopsie. A l'ouverture : liquide séreux dans le péritoine et dans les deux plèvres avec adhérence et fausses membranes à la plèvre gauche.

Paramètre droit. Dilatation veineuse intense en tête de Méduse.

Veine utéro-ovarienne droite dilatée comme le petit doigt.

Veines du paramètre droit anormalement développées, sinueuses, quelques-unes contiennent des caillots organisés adhérents à la tunique interne épaissie.

Gros caillot à l'anastomose de la veine rénale gauche avec l'utéro-ovarienne. Caillot à cheval sur la lipercation du tronc trachio-céphalique et filant dans la sous-clavière et la jugulaire.

Cœur droit : dans le ventricule, gros caillot organisé implanté sur un pilier, se continuant dans l'oreillette et l'artère pulmonaire, où lui fait suite une bouillie épaisse.

Foie, augmenté de volume. Nombreuses cavités vacuolaires, aspect spongieux. Poumons : état congestif intense.

Syncope mortelle chez une syphilitique traitée

Obs. 622 *bis*. — Gestation de 7 mois. Femme traitée à la consultation de syphilis. Arrivée en état syncopal.

Morte non accouchée.

Autopsie. Utérus gravide de 7 mois normal.

Poumon gauche congestionné.

Foie : 1.330 gr., jaune, marbré. Piqueté hémorragique.

Cerveau très congestionné, méninge épaissie dans la zone rolandique.

Septicémie puerpérale. Mort le 30e jour

Obs. 623 *bis*. — Femme accouchée spontanément à terme chez sage-femme agréée. Suites de couches fébriles. Reçue à Baudelocque le 11e jour. Morte le 30e jour de septicémie puerpérale.

CHAPITRE XI

Pathologie du nouveau-né

1° Malformations fœtales

10 observations

Obs. 470. — I pare, 26 ans. Accouchement spontané à terme. Excès de liquide. Enfant 3.600 gr. Placenta 510 gr. Enfant présentant un doigt supplémentaire annexé à l'auriculaire gauche. Gros foie. Gros testicule. Vivant à la sortie. Hecht négatif.

Obs. 471. — II pare, 22 ans, Premier accouchement à terme, enfant vivant. 2e accouchement. Siège décomplété au 9e mois. Enfant vivant : 2.370 gr. Placenta : 400 gr. Spina bifida. Pied gauche en varus équin. Enfant décédé le 6e jour. Hecht négatif.

Obs. 794. — II pare, 32 ans, 1er accouchement : enfant hydrocephale avec spina bifida. 2e gestation. Accouchement spontané à terme. Enfant : 2790 gr. Placenta : 650 gr. Spina bifida lombo sacré. Opéré le premier jour. Fontanelle antérieure tendue. Décédé le 20e jour. Hecht négatif.

Obs. 935. — II pare, 43 ans, 1re gestation : avortement (syphilis en traitement). Utérus porteurs de nombreux fibromes. Accouchement spontané à terme. Enfant : 3.000 gr. Placenta : 480 gr. Malformations auriculaires. Assymétrie faciale. Sterno-cléido mastoïdien gauche moins tendu que le droit. Enfoncement de la partie latérale gauche du cou, formant cupule. Desquamation de la peau. Le 12e jour, amélioration notable de l'asymétrie cephalique. Creux sus-claviculaire moins prononcé. Sorti vivant.

Obs. 953. — II pare, 26 ans. Accouchement spontané à terme. Enfant : 4.550 gr. Placenta : 670 gr. Hypospadias. Enfant vivant à la sortie le 12e jour. Hecht ?

Obs. 1081. — II pare. 1re gestation : enfant vivant à terme. 2e gestation. Accouchement prématuré au début du 7e mois. Enfant : 1.020 gr. Placenta : 450 gr. Spina bifida. Enfant ayant fait quelques inspirations.

Obs. 1147. — I pare, 28 ans, présentant un équinisme bilatéral. Etat de rétention. Expulsion au cours du 9e mois d'un fœtus mort et macéré : 2.850 gr. Placenta : 380 gr. Hernie des anses intestinales dans le cordon. Malformation du membre supérieur droit : pas de pome; de membre supérieur gauche : 3 doigts et 1 pouce. Foie augmenté de volume. Hecht négatif.

Obs. 1154. — I pare, 27 ans, accouchement spontané à terme. Enfant : 3.040 gr. Placenta : 670 gr. (Châteaubriant). Membre supérieur droit en extension avec main bote tombante. Absence de pouce. Malformations auriculaires. Hecht négatif. Sorti vivant.

Obs. 1244. — II pare, 19 ans, 1er accouchement : enfant vivant. 2e gestation : accouchement spontané à terme. Enfant vivant : 3.160 gr. Placenta : 610 gr. Amputation congénitale au

tiers moyen de l'avant-bras droit. Pas d'autre symptôme pathologique. Radiographie : humérus normal avec deux ébauches de cubitus et radius. Sorti vivant. Hecht négatif.

Obs. 1278. — I pare, 19 ans. Accouchement spontané au 9e mois. Enfant : 2.840 gr. Placenta : 400 gr. Petit pouce supplémentaire main droite. Pas d'autre signe pathologique. Sorti en bon état.

2° Conjonctivite

Dans 3 cas, l'examen bactériologique des sécrétions oculaires montra la présence de gonocoques (obs. 828, 1589, 1625). Dans 1 cas, on constata une ulcération de la cornée droite (obs. 1425).

Ces 4 enfants furent dirigés sur le service de M. Morax, à Lariboisière.

3° Mortalité infantile

a) Fœtus morts pendant la gestation..... 45

b) Fœtus mort pendant l'accouchement..... 66

A terme ou au voisinage du terme..... 39
16 acc. spontanés (11 sommets, 5 sièges);
23 acc. opératoires (10 forceps, 7 basiotripsies, 4 versions, 2 extractions).

Prématurés..... 27
17 acc. spontanés (14 sommets, 3 sièges);
11 acc. opératoires (3 forceps, 3 versions, 3 basiotripsies, 1 embryotomie).

c) Enfants morts pendant leur séjour à la clinique..... 62

Nés à terme ou au voisinage du terme.... 22

1er jour	2
Du 3e au 10e jour	4
Après le 10e jour	13
Nés prématurément	40
1er jour	13
2e et 3e jours	8
Après le 10e jour	6

TROISIÈME PARTIE

Service de gynécologie

Nombre de femmes hospitalisées..... 108
Nombre d'interventions chirurgicales..... 72

Hystérectomies supra-vaginales. ... 25
12 pour lésion bilatérale des annexes.
4 pour fibrome.
9 pour fibrome et annexite.

Hystérectomie abdominale totale..... 1
pour fibrome bas-situé.

Hystérectomie abdominale totale élargie pour cancer du col..... 3
Ablation unilatérale des annexes..... 9
pour kyste de l'ovaire ou salpingo ovarite.

Ligamentopexie. 3
Amputation du col. 1
Colpotomie. 1
Colcopérinéonaphie. 23
Curettages. 6

Mortalité. 4

1 hystérectomie totale pour cancer du col et kyste dermoïde de l'ovaire.

1 Wertheim pour cancer du col.

1 hystérectomie subtotale pour gros fibrome utérin avec adhérences multiples.

1 hystérectomie subtotale pour fibrome utérin.

QUATRIÈME PARTIE

Service social

Société d'Assistance maternelle et infantile de la Clinique Baudelocque

La Société d'Assistance maternelle et infantile de la Clinique Baudelocque a été créée en 1919, dans le but d'annexer à la Maternité Baudelocque une œuvre permanente d'assistance sociale.

Cette œuvres assure :

1° Le service médico-social de la Clinique Baudelocque en liaison avec le service médico-social des Maternités, branche du Service social à l'hôpital;

2° Le fonctionnement de la Villa Hélène, 14, boulevard d'Auteuil, à Boulogne-sur-Seine, qui recueille temporairement les enfants des femmes indigentes venant accoucher ou se faire soigner à la Clinique Baudelocque, spécialement les enfants tout petits de 10 mois à 5 ans.

I. — *Service médico-social de la Clinique Baudelocque.*

Ce service, dirigé par une assistance sociale, assistée de deux aides, a pour objet de compléter l'action médicale des consultations et du service d'hospitalisation de la Clinique Baudelocque par une assistance sociale aussi efficace que possible.

Toute femme qui se présente, femme en état de gestation ou mère-nourrice, est l'objet d'une enquête destinée à établir ses conditions d'existence matérielles et morales, ses besoins personnels et familiaux, tant au point de vue social qu'au point de vue médical.

On lui apporte toute l'assistanace matérielle possible; on lui facilite les moyens de recevoir les allocations auxquelles elle a droit; on l'aide, soit par des secours directs donnés le plus souvent en nature, soit en cherchant pour elle et les siens des possibilités de travail en rapport avec sa situation.

On lui épargne éventuellement le souci de ses enfants tout petits en les gardant pendant la durée de son hospitalisation à la Villa Hélène.

Si elle est seule, privée d'aide et de protection, on la dirige avant l'accouchement vers les refuges de femmes enceintes, particulièrement le refuge de l'avenue du Maine (Société de l'Allaitement maternel), et après l'accouchement, vers les asiles de convalescence de l'Assistance publique ou vers les refuges de mères nourrices, en particulier à la Maison maternelle nationale de Saint-Maurice.

Enfin, l'assistance sociale établit une liaison constante avec les Dispensaires et les Œuvres. C'est ainsi que pour

les tuberculeuses, elle réalise la liaison avec les Dispensaires de l'Office d'hygiène sociale du département de la Seine et avec les centres de placement familial des nourrissons, en particulier avec les centres du « Placement familial des tout petits » (Professeur Léon Bernard et Mme A. Seligman).

II. — *Asile temporaire infantile de la Clinique Baudelocque (Villa Hélène)*

Cet asile est dirigé par le Docteur Paquy, ancien chef de clinique de la Faculté, assistant de l'Institut de puériculture de la Clinique Baudelocque.

Pendant l'année 1922, 157 enfants ont été gardés, avec 11.212 jours de présence.

Mortalité : 2 cas (1 broncho-pneumonie, 1 bronchite capillaire).

Conclusions

La Maternité Baudelocque, clinique obstétricale de la Faculté de Médecine, comprend :

1° Un service d'hospitalisation comprenant :

a) Un service général pour femmes gravides, parturientes et accouchées;

b) Un service spécial réservé aux femmes gravides, parturientes et accouchées atteintes de tuberculose pulmonaire;

c) Un service de gynécologie.

2° Un service de policlinique comprenant quatre Dispensaires :

a) Dispensaire pour femmes en état de gestation;

b) Dispensaire pour mères nourrices et nourrissons;

c) Dispensaire pour le traitement familial de la syphilis ;

d) Dispensaire pour les affections gynécologiques.

3° Un service d'assistance sociale, en liaison avec les Dispensaires d'hygiène sociale et les Œuvres d'assistance publiques et privées.

Vu le Doyen,
ROGER.

Vu le Président,
A. COUVELAIRE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
APPELL.

Table des matières

Pages

Introduction 11

Première partie. — Les Consultations 12
1° Consultation des femmes en état de gestation 12
2° Consultation des mères-nourrices et des nourrissons .. 13
3° Dispensaire antisyphilitique 13
4° Consultation de gynécologie 14

Deuxième partie. — Le service d'accouchement 15
Statistique générale 15

I. Avortements 17

II. Rétention de fœtus morts 19

III. Accouchements 21

1° Présentations 21
2° Présentations anormales 21
a) Présentation du siège 21
b) Présentation de la face 23
c) Présentation du front 24
d) Présentation de l'épaule 24
3° Gestations multiples 25
a) Gestations gemellaires 25
b) Gestation triple 26

IV. Complications de la gestation 28

1° Utérus et annexes 28
a) Malformations utérines 28
b) Fibromes de l'utérus gravide 29
c) Endométrite 30
d) Kystes de l'ovaire 31

2° Œuf 32

a) Môle vésiculaire..... 32
b) Hydramnios..... 32
c) Gros œuf..... 33
d) Insertion du placenta sur le segment inférieur.. 34

3° Etats pathologiques gravidiques..... 36
a) Vomissements graves..... 36
b) Albuminurie de la gestation..... 37
c) Rétinite du type albuminurique..... 38
d) Eclampsie..... 39
e) Hémorragies recto-placentaires..... 41

4° Etats pathologiques généraux..... 42
a) Syphilis..... 42
b) Tuberculose pulmonaire en évolution..... 43
c) Cardiopathies..... 45
d) Pyélonéphrites au cours de la gestation..... 45

V. Complications de la parturition..... 47

1° Anomalies de la dilatation..... 47

2° Procidences..... 48
a) Procidences du cordon..... 48
b) Procidences des membres..... 49

3° Viciations pelviennes..... 50
a) Bassin rachitique..... 50
b) Luxation congénitale de la Hanche..... 51
c) Coxalgie..... 51
d) Cyphose par Mal de Pott..... 52

VI. Complications de la délivrance..... 53

VII. Opérations..... 55

1° Gestation..... 55
a) Avortements thérapeutiques..... 55
b) Accouchements prématurés provoqués..... 55
c) Opérations chirurgicales au cours de la gestation. 56

2° Parturition..... 57
a) Emplois du Ballon de Champetier de Ribes.... 57
b) Forceps..... 58
c) Versions par manœuvres internes..... 61
d) Basiotripsies..... 64
e) Embryotomie..... 66
f) Symphyséotomie..... 66
g) Opérations césariennes conservatrices..... 67

h) Opérations césariennes suivies d'hystérectomie. 71
i) Hystérectomie en bloc..... 72
j) Kystes de l'ovaire opérés au cours du travail.... 72

3° Délivrance..... 73
Délivrance artificielle..... 73

4° Post-partum ou post-abortum..... 74
a) Kyste de l'ovaire opéré dans le post-partum.... 74
b) Hystérectomie pour infection..... 75

VIII. Gestations ectopiques..... 76

IX. Pathologie des suites de couches..... 77
1° Infections utérines..... 77
2° Infections mammaires..... 81

X. Mortalité maternelle..... 82

XI. Pathologie du nouveau-né..... 94
1° Malformations fœtales..... 94
2° Conjonctivites..... 96
3° Mortalité infantile..... 96
Troisième Partie. — Le service de gynécologie..... 98
Quatrième Partie. — Le service social..... 100
Conclusions 103

IMP. COMMERCIALE PERRETTE, LIMOGES